

EVALUASI PENGAMATAN KASUS DEMAM BERDARAH DEN- GUE (DBD) DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN TUBAN

THE EVALUATION STUDY OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) OBSERVATION
AT DINAS KESEHATAN KABUPATEN TUBAN

Henriesca Sandra Ayu P.P.

*Program Studi S-1 Kesehatan Lingkungan
STIKES Widyagama Husada*

ABSTRACT

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is still a serious health problem that can never be eliminated. Tuban data (2010), 553 cases and 16 died. Epidemiology surveillance is very important to act early warning and reduction, including DHF observation. The purpose of this study was evaluating the implementation of dengue observations in Health Official of Tuban Residence based on input, process and output components. The study design was descriptive, based on its objective was an evaluation study by comparing with the standard of DHF' observation technical guideline. The data were collected by observation. The informant selection was done by purposive. The results of evaluation showed that the variables were standardized include data sources, data types, forms of recording and reporting, the completeness of weekly reports, SOPs, data collection, compilation, processing and analysis, information dissemination, the determination of vulnerable areas, minimum maximal graph patterns, determining the transmission season, and the tendency of DHF situation. The completeness of monthly reports, timeliness of weekly and monthly reports, budget adequacy, interpretation of data, weekly monitoring of DHF, and monthly reports of DHF eradication programs did not meet standards.

Keywords: *DHF Observation, Input, Process, Output*

ABSTRAK

Demam Berdarah Dengue (DBD) masih menjadi masalah kesehatan cukup serius yang tidak pernah bisa dieradikasi. Data di Kabupaten Tuban tahun 2010, 553 kasus dan 16 meninggal. Surveilans epidemiologi sangat penting dilakukan untuk tindakan kewaspadaan dini dan penanggulangan, termasuk pengamatan kasus DBD. Tujuan penelitian untuk mengevaluasi pelaksanaan pengamatan kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban dari komponen input, process, dan output. Desain penelitian bersifat deskriptif, berdasarkan tujuannya merupakan penelitian evaluasi dengan membandingkan sesuai petunjuk teknis pengamatan penyakit DBD. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi. Pemilihan informan dilakukan secara purposive. Hasil penelitian evaluasi menunjukkan variabel yang telah sesuai standar meliputi sumber data, jenis data, form pencatatan dan pelaporan, kelengkapan laporan mingguan, SOP, pengumpulan data, kompilasi, pengolahan dan analisis, diseminasi informasi, penentuan wilayah rawan, grafik pola maksimal minimal, penentuan musim penularan, dan kecenderungan situasi DBD. Variabel kelengkapan laporan bulanan, ketepatan waktu laporan mingguan dan bulanan, kecukupan anggaran, interpretasi data, pemantauan mingguan DBD, laporan bulanan program P2 DBD belum sesuai standar.

Kata kunci: Pengamatan Kasus DBD, Input, Process, Output

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah nasional dibidang kesehatan masyarakat, karena penyakit ini sering menimbulkan kematian bagi penderitanya, apalagi sampai saat ini obat dan vaksinya belum ditemukan (Siregar, 2004). Penyakit DBD cenderung semakin luas penyebarannya, penyakit ini ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* yang telah terinfeksi virus *dengue* yang terdiri dari empat sero-type (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4).

Seluruh wilayah tropis di dunia saat ini telah menjadi hiperendemis dengan keempat serotipe virus secara bersama-sama di wilayah Amerika, Asia Pasifik dan Afrika. Indonesia, Myanmar, Thailand masuk kategori A yaitu KLB atau wabah siklis terulang pada jangka waktu antara 3 sampai 5 tahun. Menyebarkan sampai daerah pedesa-an, sirkulasi serotipe virus beragam (WHO, 2009).

Demam berdarah banyak ditemukan di daerah tropis dan subtropis. Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita demam berdarah di tiap tahunnya. Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009. *World Health Organization* (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus demam berdarah tertinggi di Asia Tenggara. Dari jumlah keseluruhan kasus tersebut, sekitar 95% terjadi pada anak di bawah 15 tahun (UNHAS, 2008).

Pola penyebaran daerah endemis juga semakin merata di seluruh Indonesia, di tahun 2007

terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di 11 Provinsi dan daerah kabupaten yang terjangkau mencapai 357 kota/kabupaten (81,2%). Data di Kabupaten Tuban tahun 2010 menunjukkan tingginya angka kejadian DBD (553 kasus) dengan 16 kematian, yang meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2009 sebanyak 206 kasus dan 8 kematian.

Surveilans epidemiologi adalah kegiatan analisis secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit dan masalah-masalah kesehatan serta kondisi yang memperbesar risiko terjadinya peningkatan dan penularan penyakit serta masalah-masalah kesehatan tersebut agar dapat melakukan tindakan penanggulangan secara efektif dan efisien melalui proses pengumpulan data, pengolahan dan penyebaran informasi epidemiologi kepada penyelenggara program kesehatan (Hidayah, 2010).

Sesuai dengan telah dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 581/Menkes/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit DBD, maka setiap dinas kesehatan kabupaten/kota wajib melakukan program pemberantasan penyakit DBD (P2 DBD). Salah satu aspek yang penting dalam pelaksanaan program P2 DBD adalah pengamatan kasus DBD yang merupakan bagian dari surveilans. Pengamatan kasus DBD ialah kegiatan mencatat jumlah kasus/tersangka DBD menurut waktu dan tempat kejadian, yang dilaksanakan secara teratur, serta mengolah atau menyajikan, menganalisa (interpretasi) dan menyebarkannya sesuai kebutuhan program P2

DBD. Pelaksanaan pengamatan kasus DBD yang tergabung dengan program P2 DBD diharapkan dapat mengantisipasi dan meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan dini terhadap kondisi rentan KLB.

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk melakukan evaluasi pengamatan kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban tahun 2010. Sedangkan tujuan khususnya adalah untuk mendeskripsikan pengamatan kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban tahun 2010 berdasarkan *input*, *process*, dan *output*. Selain itu juga mencoba mengidentifikasi permasalahan dalam pengamatan kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban serta memberikan alternatif pemecahan masalah untuk mengatasi permasalahan yang diidentifikasi dalam pengamatan kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban.

Sedangkan rumusan masalah dari penelitian ini adalah 1) Bagaimana gambaran pengamatan kasus DBD pada program P2 DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban yang dievaluasi dari *input*, *process*, *output*?, 2) Bagaimanakah permasalahan dalam pelaksanaan pengamatan kasus DBD pada program P2 DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban?, dan 3) Bagaimana alternatif pemecahan masalah untuk mengatasi permasalahan yang diidentifikasi dalam pelaksanaan pengamatan kasus DBD pada program P2 DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban ?

METODE PENELITIAN

Desain penelitian bersifat deskriptif, berdasarkan tujuannya, penelitian ini merupakan penelitian evaluasi (*evaluation study*) yaitu menilai suatu program yang sedang atau sudah berjalan dalam periode waktu tertentu (Noto-atmodjo, 2003). Penilaian pengamatan kasus DBD ini dinilai dengan pendekatan sistem yaitu dinilai dari *input*, *process*, dan *output* (Wiyono, 2007).

Subjek dalam penelitian ini adalah pengamatan kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban tahun 2010. *Cross check* data dilakukan pada pengamatan kasus DBD di puskesmas Kabupaten Tuban yaitu puskesmas yang berada di kecamatan yang memiliki angka kejadian DBD yang tertinggi dan terendah di Kabupaten Tuban.

Informan adalah 2 orang petugas di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban (Kepala Seksi Pemberantasan Penyakit dan staf pemegang program P2 DBD), masing-masing 1 orang petugas masing-masing di puskesmas Comprang dan PrambonWetan dengan kasus DBD terendah dan puskesmas Tuban dan Kebonsari dengan kasus

DBD tertinggi di Kabupaten Tuban. Lokasi penelitian dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban. Waktu penelitian dilakukan pada Februari – April 2011.

Variabel penelitian berdasarkan komponen input terdiri dari sumber data, jenis data, form pencatatan dan pelaporan, kelengkapan laporan, ketepatan waktu pelaporan, kecukupan anggaran, sumber dana, SOP. Berdasarkan komponen process meliputi pengumpulan, kompilasi, pengolahan dan analisis, interpretasi, dan diseminasi informasi. Berdasarkan komponen output meliputi situasi DBD mingguan, laporan bulanan program P2 DBD, penentuan desa/kelurahan rawan, grafik pola maksimal minimal, penentuan musim penularan, kecenderungan situasi DBD.

Data dikumpulkan dengan studi dokumen dan teknik wawancara (*interview*) dengan instrumen berupa kuesioner. Data dan informasi yang telah diperoleh dalam penelitian dilakukan analisis secara deskriptif yaitu dengan menggunakan cara analisis isi (*content analysis*) (Moleong, 2006). Hasil yang diperoleh dibandingkan dengan teori yang ada secara narasi untuk menjelaskan apa yang tergambar dari variabel-variabel yang disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan gambar.

HASIL

Pengamatan kasus DBD (Komponen input di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban)

Sumber data

Sumber data yang digunakan dalam pengamatan kasus DBD telah lengkap yaitu menggunakan sumber data rutin dan tidak rutin. Sumber data rutin yang digunakan antara lain form W2 (mingguan) dan form STP puskesmas serta form K-DBD (bulanan) yang merupakan laporan dari puskesmas.

Sumber data tidak rutin yang digunakan antara lain laporan dari RS, klinik, balai pengobatan yang menggunakan form KD/RS atau form KD/RS (KD-UPK). Form tersebut terkadang dikirimkan ke dinas kesehatan kabupaten dan segera diteruskan ke puskesmas (sebagai tembusan) dengan wilayah kerja yang mencakup wilayah penderita DBD. Sumber data lain yang digunakan juga berasal dari form DP-DBD, form PE, dan form W1 bila terjadi KLB. Untuk form LB3, dari 4 puskesmas yang terpilih, hanya Puskesmas Tuban yang mengirimkan form LB3.

Jenis data

Jenis data yang digunakan dalam pengamatan kasus DBD telah lengkap yaitu meliputi data kesehatan dan non kesehatan. Data kesehatan terdiri dari hasil laboratorium, gejala, diagnosis, jumlah penderita, jumlah meninggal, kondisi penderita, riwayat kontak, IR dan CFR

Tabel 1
Jenis data pengamatan kasus DBD Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban Tahun 2010

Jenis Data	Macam Data	Sumber Institusi	Form	Ket (+ /-)
Data Kesehatan	a. Hasil laboratorium	RSUD dr. Koesma, RS Medika Mulia dan Lab. Swasta	KD/RS (KD-UPK), DP-DBD	+
	b. Gejala	RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK), W1	+
	c. Diagnosis	RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK), DP-DBD, W1	+
	d. Jumlah penderita	RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK), STP puskesmas, K-DBD, W2, W1	+
	e. Jumlah meninggal	Puskesmas	K-DBD, W2	+
	f. Kondisi penderita	RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK)	+
	g. Riwayat kontak	RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK)	+
	h. IR	Puskesmas	K-DBD	+
	i. CFR	Puskesmas	K-DBD	+
	Data Non Kesehatan	a. Data jumlah penduduk	Puskesmas	K-DBD
b. Data vektor		Puskesmas	LB3, PE, K-DBD	+
c. Umur penderita		RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK), PE, STP puskesmas, DP-DBD	+
d. Jenis kelamin		RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK), PE, STP puskesmas, K-DBD	+
e. Waktu diagnosa		RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK), DP-DBD	+
f. Waktu mulai dirawat		RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK), PE, DP-DBD	
g. Tempat (desa/kelurahan/kecamatan)		RS dan puskesmas	KD/RS (KD-UPK), PE, LB3, STP puskesmas, DP-DBD, K-DBD	+

Form pencatatan dan pelaporan

Form pencatatan dan pelaporan telah tersedia dalam pengamatan kasus DBD yaitu form DP-DBD (data dasar perorangan penderita DD/DBD/SSD dan penaggulangan), form K-DBD(laporan bulanan penderita DD/DBD/SSD dan program pemberantasan), form W2 (laporan mingguan wabah), W2-DBD (penderita DD/DBD/SSD), dan form KD/RS-DBD, form STP puskesmas (surveilans terpadu puskesmas) dan form W1 (laporan kejadian luar biasa).

Pencatatan/pengumpulan data untuk pengamatan kasus DBD, dinas kesehatan kabupaten menggunakan sumber data dari form KD/RS-DBD yang merupakan laporan dari RS/UPK untuk selanjutnya diteruskan ke puskesmas, form W2, form W1-Pu, form STP puskesmas, dan form K-DBD yang semuanya merupakan laporan dari puskesmas. Sedangkan untuk kegiatan pelaporan dinas kesehatan kabupaten ke dinas kesehatan

propinsi menggunakan form W2, form W1-Ka (bila terjadi KLB) dan form K-DBD.

Kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan

Tabel 4.1 dapat diketahui bahwa kelengkapan laporan pengamatan kasus DBD mingguan telah lengkap sebesar 99, 59% (> 90%). Pada laporan mingguan (W2), hanya ada 3 puskesmas yang tidak lapor lengkap selama setahun. Sedangkan laporan bulanan (STP puskesmas) tidak lengkap hanya sebesar 85% (< 90%). Dinas kesehatan kabupaten telah menetapkan batas waktu pelaporan untuk pengamatan kasus DBD mulai dari harian (1x24 jam) bila terjadi KLB/wabah dan laporan kasus mingguan (Senin-Sabtu) dan bulanan (tanggal 10 tiap bulan) yang dimonitoring dan dievaluasi dengan absensi laporan. Ketepatan waktu hanya sebesar 72,5 %, begitu juga dengan laporan mingguan (W2) juga tidak tepat waktu hanya 28,55% (< 80%). Sedangkan laporan dari RS/UPK tidak dipantau ketepatan waktunya.

Tabel 2
Kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan pengamatan kasus DBD
Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban 2011

Jenis Laporan	Mingguan	Bulanan
Kelengkapan	99,59 %	85 %
Ketepatan waktu	28,5 %	72,5 %

Standart Operational Procedure (SOP)

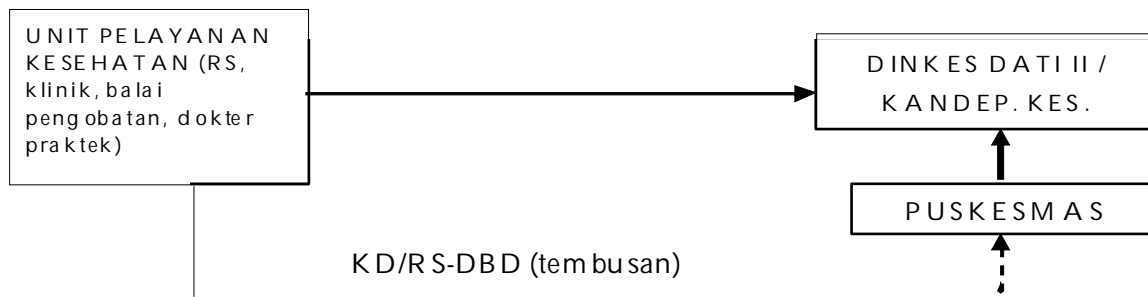
Dinas kesehatan kabupaten telah mempunyai SOP yang berupa petunjuk teknis yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI tentang pengamatan kasus DBD dan program pemberantasan penyakit DBD. SOP tersebut telah digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan pengamatan kasus DBD. SOP tersedia di ruangan bagian pemberantasan penyakit (sub bidang P2) dan dapat diakses dengan mudah oleh petugas namun tiap petugas tidak memiliki sendiri SOP tersebut.

lasi data yang dilakukan dalam pengamatan kasus DBD adalah dengan memilah data kasus DBD yang terkumpul berdasarkan variabel orang, tempat dan waktu.

Pengolahan dan analisa data

Data yang telah dikompilasi selanjutnya diolah dan dianalisis untuk memenuhi kebutuhan informasi dalam pengamatan kasus DBD. Petugas yang melakukan pengolahan dan analisis data adalah tim P2 terutama tenaga pelaksana yang sehari-hari menangani program

Gambar 1
Alur pengumpulan data pengamatan kasus DBD
Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban tahun 2010



Komponen *process* di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban

Pengumpulan data

Proses pengumpulan data yang dilakukan dapat digambarkan dengan gambar 1

Gambar 1 menunjukkan bahwa alur pengumpulan data dalam pengamatan kasus DBD dimulai dari puskesmas selanjutnya data masuk ke dinas kesehatan kabupaten. Data juga bisa dikumpulkan dari laporan UPK seperti RS, balai pengobatan, klinik, dan dokter praktik ke dinas kesehatan kabupaten dengan tembusan puskesmas setempat. Kemudian dinas kesehatan kabupaten merekap data yang masuk. Dalam pengumpulan data, dinas kesehatan kabupaten menggunakan komputer untuk merekap data tersebut.

Kompilasi data

Data yang telah dikumpulkan selanjutnya selalu dilakukan kompilasi data. Bentuk kompi-

P2 DBD. Berdasarkan hasil *interview* dengan petugas, memang ada prosedur tetap dari Departemen Kesehatan RI dan sudah diterapkan antara lain dengan melakukan analisis cakupan, perbandingan, dan tren.

Interpretasi data

Hasil pengolahan dan analisis data dalam pengamatan kasus DBD tidak diinterpretasi untuk menghasilkan informasi perkembangan epidemiologi penyakit DBD. Berdasarkan hasil studi dokumen dan *interview*, tidak ada bentuk narasi sebagai bentuk interpretasi pada hasil analisis yang telah dilakukan.

Diseminasi informasi

Penyebaran informasi ke puskesmas adalah berupa pengiriman spanduk yang biasanya berisi informasi umum terkait dengan kondisi penyakit DBD yang darurat seperti waktu penularan, na-

mun frekuensinya tidak menentu atau tidak rutin. *Feedback* tersebut tidak berisi informasi mengenai hasil kinerja puskesmas dalam pengamatan kasus DBD. Pengiriman *feedback* melalui kurir. Diseminasi informasi kepada atasan yaitu

mantauan mingguan DBD adalah karena laporan mingguan wabah (W2) dari puskesmas dari RS/UPK dan puskesmas tidak konsisten dan tidak tepat waktu (28,55%) sehingga tidak dapat dilakukan pemantauan situasi DBD mingguan.

Tabel 3

Distribusi kasus DBD menurut orang, tempat, dan waktu di Kabupaten Tuban tahun 2010

Menurut Orang	Menurut Tempat	Menurut Waktu
a. Tertinggi pada umur 5-10 tahun dan terendah pada umur > 30 tahun.	a. Tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari, 64 kasus DBD dan terendah di wilayah kerja Puskesmas Compreng dan Prambon Wetan.	a. Pengelompokan kasus DBD menurut waktu yaitu dalam rentang tahun 2005-2010.
b. jenis kelamin laki-laki yaitu 53,6% dibanding perempuan 46,4%.	b. Kasus DBD lebih banyak terjadi di daerah perkotaan daripada pedesaan	b. Kasus DBD tertinggi pada 2010, 553 penderita dan 16 meninggal. Kasus terendah pada 2007, 68 penderita dan 3 meninggal.

kepada kepala dinas kesehatan kabupaten dilakukan per triwulan saat rapat koordinasi dan evaluasi, bentuk laporan tergabung dalam profil kesehatan. Sedangkan laporan ke dinas kesehatan propinsi berupa laporan kasus dan kematian yang dikirimkan melalui SMS atau telepon.

Biasanya RS/UPK dan puskesmas lebih mementingkan laporan KD/UPK-DBD yang dikirimkan lebih dulu. Tidak semua RS/UPK dan puskesmas mengirimkan laporan mingguan secara rutin sehingga dinas kesehatan kabupaten tidak

Tabel 4

Analisis cakupan pencapaian dan target program P2 DBD Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban 2010

Indikator	Sasaran	Capaian
Desa/kelurahan endemis DBD melakukan PSN (%)	100	43
Rumah/bangunan yang bebas jentik (%)	= 95	66
Kejadian DBD ditangani sesuai standar	100	97,04
Angka kesakitan DBD/100.000 penduduk (IR)	= 55	48
Angka kematian DBD (CFR) (%)	= 1	2,9

Sumber: Laporan Pertemuan Koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban, 2010

Komponen output di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban

Pemantauan situasi DBD mingguan

Dinas kesehatan kabupaten tidak melakukan pemantauan situasi DBD mingguan baik dalam bentuk tabulasi maupun grafik. Berdasarkan hasil *interview*, penyebab tidak dilakukan pe-

dapat merekap data mingguan.

Laporan bulanan program P2 DBD

Dinas kesehatan kabupaten tidak membuat laporan bulanan untuk pengamatan kasus DBD. Berdasarkan hasil *interview*, ternyata dinas kesehatan propinsi tidak meminta laporan bulanan

Tabel 5

Diseminasi informasi data pengamatan kasus DBD Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban 2010

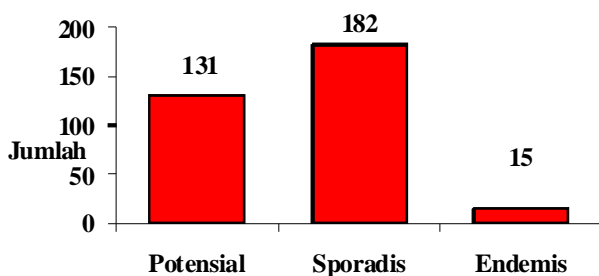
Bentuk diseminasi informasi	Pada siapa	Frekuensi
Laporan	Atasan (Kad inkes Kab.)	Triwulan
Laporan	Dinas Kesehatan Propinsi	Bulanan
Bentuk diseminasi informasi	Pada siapa	Frekuensi
<i>Feedback</i>	Puskesmas	Tidak rutin

program, tetapi hanya meminta laporan jumlah kasus dan kematian saja. Apabila terdapat informasi yang sifatnya penting, biasanya dinas kesehatan kabupaten mengirimkan informasi tersebut dengan pemberitahuan SMS atau lewat telepon. Sedangkan untuk kepentingan laporan internal pada atasan (kepala dinas kesehatan kabupaten), petugas menyesuaikan dengan jadwal pertemuan atau rapat yang biasanya tidak rutin tiap bulan.

Penentuan desa/kelurahan rawan

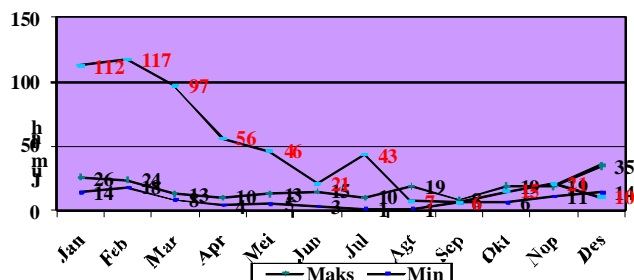
Daerah yang rawan penyakit DBD ditentukan menurut desa. Dinas kesehatan kabupaten menentukan desa rawan DBD berdasarkan jumlah kasus DBD. Wilayah rawan DBD di Kabupaten Tuban terbanyak pada golongan desa sporadis dengan jumlah 182 desa dari total 328 desa dan tidak ada desa bebas penyakit DBD.

Gambar 2
Desa endemis, sporadis, dan potensial DBD Kabupaten Tuban 2010



Sumber: Laporan Pertemuan Koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban, 2010

Gambar 3
Grafik pola maksimal minimal DBD Kabupaten Tuban tahun 2010



Grafik pola maksimal minimal

Dinas kesehatan kabupaten telah membuat grafik pola maksimal minimal kasus DBD untuk pengamatan kasus DBD. Namun, grafik tersebut tidak disertai dengan interpretasi tindakan yang harus dilakukan sesuai dengan bentuk grafik pola maksimal minimal. Kejadian DBD yang patut diwaspadai sesuai gambar 3.4 adalah pada bulan Januari – Juli dimana jumlah kasus berada di atas garis grafik maksimal.

Penentuan musim penularan

Penentuan musim penularan DBD dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten dengan cara mengamati bulan dengan kasus DBD terendah dibandingkan dengan puncak kasus DBD. Tetapi penentuan musim penularan ini tidak diikuti sertakan dalam laporan pengamatan kasus DBD. Sehingga musim penularan ini biasanya hanya dimanfaatkan sebagai masukan informasi untuk membuat media KIE dan kewaspadaan yang dikirimkan kepada puskesmas dan instansi tertentu untuk konsumsi publik.

Kecenderungan situasi DBD

Dinas kesehatan kabupaten membuat analisis data untuk mengetahui kecenderungan situasi DBD. Hasil analisis datanya berupa *Incidence Rate*, *Case Fatality Rate*, grafik tren, perbandingan kasus 5 tahunan, kematian per bulan, pemetaan IR per wilayah puskesmas, dan capaian indikator program P2 DBD.

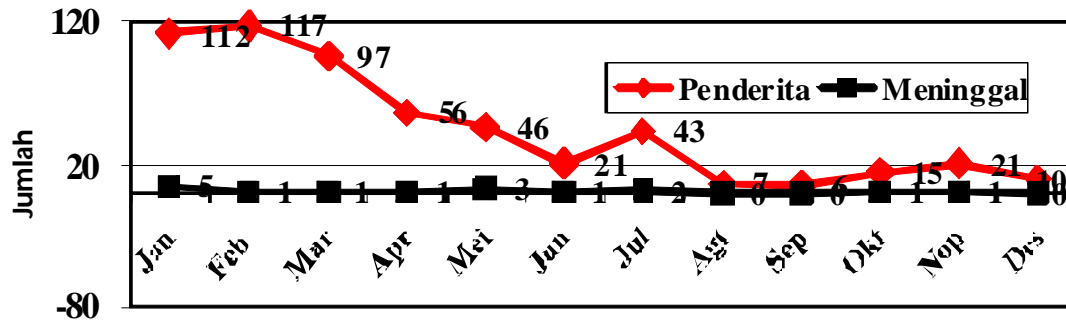
Perbandingan antara jumlah penderita DBD dan jumlah kematian di antara penderita tiap bulan selama 2010. Jumlah penderita DBD tinggi di awal tahun yaitu bulan Januari-Februari dan terendah di akhir tahun yaitu bulan Desember, demikian juga untuk jumlah penderita yang meninggal.

Permasalahan dalam Pengamatan Kasus DBD

Berdasarkan hasil evaluasi dan *interview*, maka permasalahan yang terjadi pada pengamatan kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban adalah sebagai berikut:

1. Laporan pengamatan kasus DBD yang masuk ke dinas kesehatan kabupaten tidak lengkap dan tidak tepat waktu. Kelengkapan laporan bulanan sebesar 85 % di bawah standar (e" 90%) dan ketepatan waktu laporan mingguan hanya sebesar 28,55% dan laporan bulanan 72,5 % di bawah 80%.
2. Dinas kesehatan kabupaten tidak melakukan interpretasi data yang telah diolah dan dianalisis sehingga tidak terdapat informasi secara tertulis (narasi) yang bermanfaat bagi program P2 DBD.
3. Analisis cakupan yang dicapai untuk indikator desa/kelurahan endemis DBD yang melakukan PSN hanya sebesar 43% (< target 100%).
4. Cakupan rumah/bangunan yang bebas jentik masih rendah sebesar 66% (< 95%).
5. CFR penyakit DBD Kabupaten Tuban relatif tinggi yaitu 2,9%.

Gambar 4
 Jumlah penderita dan meninggal karena DBD di Kabupaten Tuban tahun 2010



Sumber: Laporan Pertemuan Koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban, 2010

6. Tidak dilakukan pemantauan situasi DBD mingguan untuk pengamatan kasus DBD oleh dinas kesehatan kabupaten. Pemantauan mingguan tidak dilakukan karena ketepatan data DBD mingguan dari puskesmas rendah (28,55%).
7. Dinas kesehatan kabupaten tidak membuat laporan rutin pengamatan kasus DBD dalam program P2 DBD tiap bulan. Laporan program hanya dibuat ketika ada pertemuan atau rapat yang biasanya tidak setiap bulan.
8. Pengumpulan data rutin dari puskesmas yang masih rendah baik kelengkapan maupun ketepatan waktunya dan data yang dilaporkan belum diolah dan dianalisis oleh petugas puskesmas.

Alternatif Pemecahan Masalah

1. Membuat metode dan media baku untuk pelaporan pengamatan kasus DBD melalui SMS dengan format baku yang telah ditetapkan dan tetap memberi batas waktu pelaporan.
2. Hasil pengolahan dan analisis data yang telah disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan peta segera dilengkapi dengan interpretasi berupa narasi sebagai informasi lebih rinci mengenai hasil analisis tersebut.
3. Memprioritaskan kegiatan program P2 DBD di desa/kelurahan endemis dengan langkah menggalakkan program PSN secara berkesinambungan. Hal ini perlu disosialisasikan dengan petugas puskesmas dan masyarakat melalui tokoh masyarakat (*key person*). Perlu segera diupayakan pembentukan jumantik di setiap puskesmas sebagai kader masyarakat untuk pelaksanaan PJB sehingga bukan hanya petugas puskesmas yang melaksanakan PJB.
4. Dinas kesehatan kabupaten segera mendistribusikan petunjuk teknis program P2 DBD ke seluruh puskesmas dan RS di wilayah

Kabupaten Tuban.

5. Memantau laporan mingguan pengamatan kasus DBD yang masuk dari puskesmas dan segera mengolah data mingguan yang masuk. Alternatif pada poin 1 di atas dapat mempengaruhi pengolahan data mingguan oleh dinas kesehatan kabupaten sehingga perlu diintegrasikan bersama.
6. Membuat laporan bulanan pengamatan kasus DBD yang diintegrasikan dengan laporan bulanan program P2 DBD
7. Dinas kesehatan kabupaten dapat mengintegrasikan pelatihan pengamatan kasus DBD dengan kegiatan supervisi surveilans penyakit lain yang sudah terjadwal. Kegiatannya bisa dalam bentuk *refreshing* pengetahuan petugas puskesmas pemegang program DBD.

KESIMPULAN

1. Hasil penelitian evaluasi menunjukkan variabel yang telah sesuai standar meliputi sumber data, jenis data, form pencatatan dan pelaporan, kelengkapan laporan mingguan, SOP, pengumpulan data, kompilasi, pengolahan dan analisis, diseminasi informasi, penentuan wilayah rawan, grafik pola maksimal minimal, penentuan musim penularan, dan kecenderungan situasi DBD. Variabel kelengkapan laporan bulanan, ketepatan waktu laporan mingguan dan bulanan, kecukupan anggaran, interpretasi data, pemantauan mingguan DBD, laporan bulanan program P2 DBD belum sesuai standar.
2. Permasalahan yang terjadi pada pelaksanaan pengamatan kasus DBD berakar dari kurangnya pelatihan teknis pengamatan kasus DBD untuk petugas puskesmas sehingga kemampuan petugas dalam mengolah, menganalisis, dan menginterpretasi data masih rendah.

3. Akar masalah yang terkait dengan kemampuan petugas puskesmas dalam mengolah dan menginterpretasi data dapat diatasi dengan memberikan pelatihan teknis dalam bentuk *refreshing* pengetahuan tentang pengamatan kasus DBD secara rutin. Solusi yang lain yaitu menerapkan pelaporan melalui SMS, advokasi, menginterpretasi data, menggalakkan program PSN, pembentukan jumatik, mendistribusikan petunjuk teknis program P2 DBD, memantau situasi DBD mingguan, dan membuat laporan bulanan.
4. Mengupayakan ketersediaan data curah hujan, suhu, dan kelembapan dalam pengamatan kasus DBD. Data tersebut sangat penting untuk menentukan musim penularan dengan lebih teliti.
5. Dinas kesehatan kabupaten perlu meningkatkan intensitas *feedback* ke puskesmas dan RS/UPK lain yang menjadi sumber data dalam pengamatan kasus DBD. *Feedback* berisi masalah yang ditemukan (dari hasil analisis dan interpretasi) dan alternative solusinya agar dapat dilakukan perbaikan. Bila tidak ditemukan masalah, *feedback* harus berisi alternatif untuk meningkatkan kinerja sistem yang sudah ada atau sedang berjalan.
6. Hasil pengolahan dan analisis data yang berupa grafik pola maksimum minimum sebaiknya dilengkapi dengan interpretasi tindakan yang perlu dilakukan sesuai dengan pola grafik tersebut. Hal tersebut sangat penting dilakukan karena setiap pola garis grafik maksimal minimal akan menentukan tindakan berbeda yang perlu dilakukan.
7. Dinas kesehatan kabupaten perlu meningkatkan intensitas atau upaya penyebaran informasi dengan menggunakan bulletin epidemiologi, news letter, media massa seperti majalah Kabupaten Tuban, *website* (di-upload di *website* dinas kesehatan kabupaten), serta melalui jejaring surveilans epidemiologi kepada pihak-pihak yang terkait dan masyarakat untuk menambah pemahaman masyarakat tentang DBD sehingga kewaspadaan dini diri sendiri dan keluarga akan meningkat.
8. Perlunya diadakan pelatihan ketrampilan menggunakan aplikasi komputer baik program umum maupun program khusus untuk epidemiologi seperti program epi-info, EWORS (*Early Warning Outbreaks Recognition System*), SIG (Sistem Informasi Geografis) beserta pemberian modul penggunaan proseduralnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arias, Kethleen Meehan. 2003. *Investigasi dan Pengendalian Wabah di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Bianchi M., Boyle M., Hollingsworth D. 2002. *A Comparison of Methods for Trend Estimation, Applied Economics Letters*. http://id.wikipedia.org/wiki/Analisis_tren (sitasi tanggal 10 Maret 2011 pukul 10.25 WIB)
- Bustan, MN. 1997. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Departemen Kesehatan RI. 1992. *Petunjuk Teknis Pengamatan Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Dirjen PPM-PL
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban. 2010. *Absensi Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban*. Tuban: Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban. 2010. *Laporan Pertemuan Koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban Tahun 2010*. Tuban: Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban
- Hidayah, Atik Choirul dkk. 2010. *Surveilans Epidemiologi (Edisi Revisi)*. Surabaya: FKM Universitas Airlangga
- Keputusan Dirjen PPM PL Nomor 914-1/PD.03.04/1992. *Petunjuk Teknis Pengamatan Penyakit Demam Berdarah Dengue*. Jakarta: Depkes RI
- Moleong, Lexy J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Siregar, A. Fазiah. 2004. *Epidemiologi dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Universitas Sumatera Utara: USU Digital Library. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3673/1/fkm-fazidah3.pdf> (sitasi tanggal 20 Oktober 2010 pukul 14.00 WIB)
- WHO. 2009. *Impact of Dengue*. <http://www.who.int/csr/disease/dengue/impact/en/> (sitasi tanggal 22 Oktober 2010 pukul 12.23 WIB)

