

**FAKTOR-FAKTOR  
YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETERLAMBATAN  
PETUGAS DALAM MENYAMPAIKAN LAPORAN KLB  
DARI PUSKESMAS KE DINAS KESEHATAN  
(Studi di Kota Semarang)**



**TESIS**  
Untuk memenuhi sebagian persyaratan  
Mencapai derajat Sarjana S-2

**Program studi**  
**Magister Epidemiologi**

**oleh :**  
**SUTARMAN**  
**NIM. E4D006085**

**PROGRAM PASCA SARJANA**  
**UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG**  
**2008**

## **PENGESAHAN TESIS**

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:

**FAKTOR-FAKTOR  
YANG BERHUBUNGAN DENGAN KETERLAMBATAN PETUGAS  
DALAM MENYAMPAIKAN LAPORAN KLB  
DARI PUSKESMAS KE DINAS KESEHATAN  
( Studi di Kota Semarang)**

**Disusun oleh**

**SUTARMAN  
NIM E4D006085**

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji  
Pada tanggal 17 September 2008  
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui  
Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing Kedua II

dr. Ludfi Santoso, MSc  
NIP. 131 281 552

dr. M. Sakundarno Adi, MSc  
NIP. 131 875 459

Penguji I

Penguji II

Prof.Dr.dr.Suharyo Hadisaputro,Sp. PD (K)  
NIP. 130 368 070

Suwandi Sawadi, SKM, M.Kes  
NIP. 140 080 195

Semarang 17 September 2008  
Universitas Diponegoro  
Program Studi Magister Epidemiologi  
Ketua Program Studi

Prof.Dr.dr.Suharyo Hadisaputro,Sp. PD (K)  
NIP. 130 368 070

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaannya di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka

Semarang, 2008

Sutarman

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sutarman  
Tempat/tanggal lahir : Kendal, 29 Oktober 1966  
Alamat : Longaslor Desa Campurejo Kecamatan Boja Kab. Kendal  
Agama : Islam

### **Riwayat Pendidikan :**

1. SDN Campurejo , Kendal, tahun 1979
2. SMP. M Boja , Kendal, tahun 1982
3. SMA. M Boja , Kendal, tahun 1985
4. APK TS HAKLI , Semarang, tahun 1988
6. FKM UNDIP , Semarang, tahun 2002

### **Riwayat Pekerjaan Pegawai Negeri Sipil**

1. Staf seksi Peningkatan Kesehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Kabupaten Lahat Provinsi Sumatra Selatan tahun 1989-1995
2. Staf seksi Penanggulangan Penyakit menular, Kanwil Dep. Kes Provinsi Jawa Tengah, tahun 1995 – 1998
3. Staf seksi Desentralisasi Tugas Pembantuan, Kanwil Dep. Kes Provinsi Jawa Tengah, tahun 1998 – 2000
4. Staf seksi Penanggulangan wabah dan KLB, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, tahun 2000 s/d sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke Hadlirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan (studi di Kota Semarang) sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar derajat sarjana S-2 Program studi Magister Epidemiologi Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis ucapkan kepada yang terhormat:

1. Prof.Dr.dr.Suharyo Hadisaputro,Sp. PD (K) ketua program Magister Epidemiologi PS. S2 UNDIP Sekaligus sebagai nara sumber dan penguji tesis
2. Dr. Ludfi Santoso, M.Sc.DTM & H selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan tesis
3. Dr. M. Sakundarno, Adi, M.Sc selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan kepada penulis dalam penyusunan tesis ini
4. Suwandi Sawadi, SKM.M.Kes sebagai nara sumber dan penguji tesis yang telah memberikan saran dan masukan mulai dari persiapan sampai selesainya penulisan tesis ini
5. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk Ijin belajar
6. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian.
7. Seluruh dosen dan staf administrasi Magister Epidemiologi Program Sarjana Universitas Diponegoro Semarang
8. Rekan-rekan pengelola program Penanggulangan Wabah dan KLB Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah membantu penulis dalam pengumpulan data

9. Rekan-rekan mahasiswa Magister Epidemiologi Program Pascasarjana S2 Universitas Diponegoro Semarang
10. Keluarga ku yang tercinta yang selalu memberikan dukungan selama mengikuti tugas belajar
11. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penulisan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih belum sempurna dan memerlukan banyak perbaikan, namun penulis berharap semoga tesis ini dapat memberikan sumbangan dan manfaat sekecil apapun kepada dunia pengetahuan, masyarakat dan memberikan inspirasi bagi penulis lainnya

Semarang, 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Halaman pernyataan	iii
Daftar Riwayat Hidup	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Bagan	ix
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel	xi-xiii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar singkatan	xiv
Abstark	xv
<b>BAB I</b>	<b>PENDAHULUAN</b>
	Latar Belakang ..... 1
	Identifikasi Masalah dan rumusan masalah..... 8
	Tujuan penelitian..... 11
	Keaslian Penelitian..... 12
	Ruang Lingkup Penelitian..... 15
	Manfaat Penelitian..... 16
<b>BAB II</b>	<b>TINJAUAN PUSTAKA</b>
	Kejadian Luar Biasa..... 18
	Petugas ..... 19
	Pimpinan..... 28
	Pendukung kerja..... 34
<b>BAB III</b>	<b>KERANGKA TEORI, KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>
	Kerangka teori..... 42
	Kerangka konsep..... 45
	Hipotesis penelitian..... 48
<b>BAB IV</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>
	Desain penelitian..... 50
	Variabel penelitian..... 53
	Tempat dan waktu penelitian..... 54
	Definisi Operasional..... 54
	Hasil verifikasi..... 58

	Populasi penelitian.....	58
	Cara kerja.....	63
	Pengumpulan Data.....	64
	Manajemen dan analisis data.....	65
	Hasil uji reliabilitas dan validitas data.....	68
<b>BAB V</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
	Gambaran umum lokasi penelitian .....	69
	Hasil analisis bivariat.....	72
	Hasil analisis multivariate.....	86
	Menyusun persamaan Regresi Logistik.....	87
<b>BAB VI</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
	Pembahasan Umum .....	91
	Pembahasan khusus .....	92
	Faktor-faktor yang terbukti sebagai factor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan .....	96
	Faktor-faktor yang tidak terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang .....	107
	Keterbatasan dalam penelitian.....	110
<b>BAB VII</b>	<b>SIMPULAN DAN SARAN</b>	
	Simpulan.....	112
	Saran.....	114
<b>BAB VIII</b>	<b>RINGKASAN.....</b>	<b>117</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>		



## DAFTAR BAGAN

		Halaman
Bagan 3.1	Kerangka teori penelitian	44
Bagan 3.2	Kerangka konsep	47
Bagan 4.1	Rancangan penelitian study	52

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Teori perubahan perilaku model dari Lawrence Green	22

## DAFTAR TABEL

		halaman
Tabel 1.1	Beberapa penelitian yang telah dilakukan	12
Tabel 4.1	Definisi operasional, cara pengukuran dan pengkategorian serta skala variabel penelitian	55
Tabel 4.2	Perhitungan besar sampel dengan Odds Rasio	62
Tabel 4.3	Hasil uji reliabilitas	68
Tabel 5.1	Jenis sarana pelayanan kesehatan yang terdapat di Kota Semarang Sampai dengan tahun 2007	70
Tabel 5.2	Frekwensi kejadian KLB di Kota Semarang tahun 2007	71
Tabel 5.3	Distribusi penyampaian laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko pendidikan pemegang program P2/yang menangani/melaporkan KLB	73
Tabel 5.4	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko lama tugas P2/yang menangani/melaporkan KLB	75
Tabel 5.5	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko lama menangani KLB pada program/yang menangani/melaporkan KLB	76
Tabel 5.6	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko status mengikuti pelatihan surveilans epidemiologi oleh program/yang menangani/melaporkan KLB	77
Tabel 5.7	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko frekwensi mengikuti pelatihan epidemiologi oleh petugas program/yang menangani/melaporkan KLB	78
Tabel 5.8	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko tugas rangkap petugas program/yang menangani/melaporkan KLB	79
Tabel 5.9	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan	80

faktor risiko tidak ada motivasi kerja petugas program/yang menangani/melaporkan KLB

Tabel 5.10	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko adanya kebijakan pimpinan yang dapat mempengaruhi petugas program/yang menangani/melaporkan KLB	81
Tabel 5.11	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko perhatian pimpinan kepada KLB/petugas program/yang menangani/melaporkan KLB	82
Tabel 5.12	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko pemahaman penentuan waktu pelaporan KLB oleh petugas program/yang menangani/melaporkan KLB	83
Tabel 5.13	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko tidak paham penentuan KLB dari petugas program/yang menangani/melaporkan KLB	84
Tabel 5.14	Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko tidak tersedi form w-1 dari petugas program/yang menangani/melaporkan KLB	85
Tabel 5.15	Rekapitulasi hasil analisis bivariat variabel yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan	85
Tabel 5.16	Hasil analisis model akhir logistik faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota	87
Tabel 5.17	Perhitungan probabilitas keterlambatan petugas dalam penyampaian laporan KLB dari beberapa faktor kombinasi yang berhubungan	88

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Ijin Penelitian
- Lampiran 2 : Kuesioner penelitian
- Lampiran 3 : Uji Reliabilitas dan validitas
- Lampiran 4 : Rata-rata kasus
- Lampiran 5 : Analisis Bivariat
- Lampiran 6 : Analisis multivariat
- Lampiran 7 : Hasil wawancara mendalam dan FGD

## DAFTAR SINGKATAN

KLB	= Kejadian Luar Biasa
CFR	= Case Fatality Rate
SMP	= Standar Pelayanan Minimal
PMO	= Pengawas Menelan Obat
P2M	= Penanggulangan Penyakit Menular
P2	= Pencegahan Penyakit
PPM & PLP	= Penanggulangan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan Pemukiman
DHF	= Dengue Hemoragi fever
DSS	= Dengue Sock Sindrom
DBD	= Demam Berdarah Dengue
SKD	= Siatim Kewaspadaan Dini
DKK	= Dinas Kesehatan Kota
Dkk	= Dan kawan-kawan
SLTA	= Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
SMA	= Sekolah Menengah Atas
OR	= Odds Ratio
CI	= Confiden Interval
TNI	= Tentara Nasional Indonesia
TBC	= Tuberculosis
TUPOKSI	= Tugas Pokok dan Fungsi
RSIA	= Rumah Sakit Ibu & Anak
RSB	= Rumah Sakit Bersalin
RB	= Rumah Bersalin
BKIA	= Blai Kesehatan Ibu dan Anak
FGD	= Fokus Group Diskusi

## ABSTRAK

**Latar belakang.** Kejadian Luar Biasa (KLB) merupakan kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologi dalam kurun waktu dan daerah tertentu. Pelaksanaan penanggulangan KLB perlu dilakukan dengan cepat sehingga dapat mencegah penyebaran penyakit, penambahan kasus penderita dan memperpendek lama sakit sehingga mengurangi penderitaan.

**Tujuan penelitian.** Memperoleh informasi faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang yang meliputi faktor petugas, pimpinan dan pendukung kerja.

**Metode.** Desain penelitian merupakan desain penelitian observasional dengan rancangan Nested case control. Populasi semua KLB penyakit yang dilaporkan, laporan KLB terlambat sebagai kasus dan laporan KLB tepat sebagai kontrol.

**Hasil.** Faktor-faktor yang terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan adalah; Lama tugas  $\leq 14$  tahun OR= 3,91 (95 % CI=1,08 – 14,14), lama menangani KLB  $> 6$  tahun OR=4,68 (95% CI = 1,29 – 18,88), tidak pahamnya petugas mulai lapor KLB OR= 5,96 (95% CI= 1,70 – 20,87), tidak ada w-1 di Puskesmas OR= 5,23 (95% CI = 1,38 – 19,79, tugas rangkap OR= 5,89 (95% CI= 1,35 – 25,79), tidak ada motivasi dari pimpinan Puskesmas OR= 7,92 (95% CI= 1,24 – 27,97) dan tidak ada perhatian dari pimpinan Puskesmas OR=5,95 (95% CI= 1,77 – 20,02).

**Simpulan.** Faktor yang terbukti adanya hubungan ; faktor lama tugas, faktor lama menangani KLB, faktor tidak pahamnya petugas mulai lapor KLB, faktor tidak ada W-1, faktor tugas rangkap, faktor tidak ada motivasi dan faktor tidak ada perhatian dengan Probabilitas sebesar 83,8, sedangkan faktor yang tidak terbukti berhubungan adalah; faktor pendidikan, lama tugas, Pelatihan Surveilans epidemiologi, faktor pemahaman petugas untuk penentuan KLB,dan faktor kebijakan pimpinan Puskesmas.

**Kata kunci** : Laporan KLB, Keterlambatan  
Nested case control

## ABSTRACT

**Background.** Disease outbreak is significant increase of case or death epidemiology spesific area in certain period Execution control and prevention measures very important to prevent disease spreading, addition of patient case and cuts short ill so lessens severity.

**Purpose of research.** Obtains information of factors related delay of officer in submitting report outbreak from Puskesmas to Municipality Health Service in Semarang covering officer factor, leader and support of activity.

**Method.** Research design is observasional research with nested case control type, population with all outbreaks case in Puskesmas on 2006 -2007 year and sample study submitting report outbreak to case, past time report outbreak to control.

**Result.** Proven factors related to delay of officer in submitting report of outbreak are; long duty under 14 years OR= 3,91 ( 95 % CI=1,08 – 14,14), handles of outbreak programme over than 6 year OR=4,68 ( 95% CI = 1,29 – 18,88), doesn't understand starting report outbreak OR= 5,96 ( 95% CI= 1,7 – 20,87), no weekndly report form ( W-I form) OR= 5,23 ( 95% CI = 1,38 – 19,79, double duty OR= 5,89 ( 95% CI= 1,35 – 25,79), no motivation from leader OR= 7,92 ( 95% CI= 1,24 – 27,97) and no attention from leader OR=5,95 ( 95% CI= 1,77 – 20,02).

**Conclusion.** Proven factor correlated are : long duty , long handles of outbreak programme, officer doesn't understand when starts to report of outbreak, there is no W-1 form , double duty , no motivation and no attention with probabability 83,8. Just unprovable factor correlated are; education , long duty , training of Survailans epidemiology, understanding of officer for determination of outbreak, and policy factor of leader .

Keyword : Outbreak report, Delay, Nested case control



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Kejadian Luar Biasa (KLB) merupakan kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis dalam kurun waktu dan daerah tertentu.<sup>1)</sup> Penyakit menular merupakan masalah di Indonesia, karena morbiditas dan mortalitasnya tinggi. Penyakit menular timbul karena adanya mikro organisme yang beragam terdapat dalam populasi.<sup>2)</sup> Penanggulangan penyakit menular perlu dijalankan secara cepat, sistimatis dan berencana sehingga dibutuhkan informasi yang cepat, tepat berdasarkan pengumpulan data yang teratur, karena penyakit menular bila telah diketahui gejala klinis, diagnosa dan masa inkubasi maka dapat dilakukan pelacakan sumber infeksi.<sup>3)</sup>

Di negara sedang berkembang dan beriklim tropis seperti Indonesia beberapa penyakit menular masih sering menimbulkan wabah atau Kejadian Luar Biasa (KLB) dan akan berdampak terhadap kehidupan sosial politik. Hal ini disebabkan karena peristiwanya sering sangat mendadak, jumlah penderita banyak dan dapat menimbulkan kematian yang tinggi, sehingga perlu pengambilan keputusan yang cepat dan tepat untuk segera dilakukan penanggulangan. Dasar untuk pengambilan keputusan dibutuhkan suatu informasi dari catatan dan laporan yang cepat dan tepat.<sup>4)</sup> Penanggulangan penyakit menular akan menjadi semakin sulit apabila ada keterlambatan dalam

menyampaikan informasi kejadian KLB karena daerah terjangkau semakin luas”.<sup>5)</sup>

Dalam Undang-undang No 4 tahun 1984 tentang wabah penyakit menular pasal 11 yang intinya menganjurkan kepada siapa saja yang mempunyai tanggung jawab dalam lingkungan tertentu yang mengetahui adanya penderita penyakit wajib melaporkan kepada unit kesehatan terdekat dalam waktu secepatnya. Uraian tersebut sesuai pasal 2 yang mempunyai maksud untuk melindungi penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan wabah/KLB sedini mungkin, dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.<sup>6)</sup>

Di Indonesia kejadian luar biasa (KLB) penyakit menular dan keracunan makanan cukup tinggi. Berdasarkan laporan Sub.Dit Surveilans selama tahun 2006 tercatat sebanyak 1.268 kejadian KLB, dengan penderita sebanyak 59.389 jiwa dan meninggal sebanyak 747 (CFR =1,26 %). Di Jawa Tengah tiap tahunnya dijumpai Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular dan kasus keracunan makanan yang dilaporkan cenderung meningkat, namun ternyata KLB yang dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi lebih sedikit dari kejadian luar biasa yang sebenarnya, selama tahun 2005 terjadi KLB dengan frekwensi sebanyak 295 kejadian, dengan kasus sebanyak 4.307 orang, meninggal 10 orang. Informasi yang berasal dari Kabupaten/Kota yang disampaikan ke Dinas Kesehatan Provinsi pada akhir tahun 2005 menunjukkan bahwa sebenarnya terdapat kejadian KLB sebanyak 456 kejadian dengan jumlah kasus 6.129 orang, meninggal 15 orang. Pada tahun 2006 terjadi KLB dengan frekwensi sebanyak

305 kejadian, dengan kasus sebanyak 4.584 orang, meninggal 14 orang. Informasi yang berasal dari Kabupaten/Kota yang disampaikan ke Dinas Kesehatan Provinsi pada akhir tahun 2006 menunjukkan bahwa sebenarnya terdapat kejadian KLB sebanyak 518 kejadian dengan jumlah kasus 7.436 orang, meninggal 22 orang. (Data hasil rekapitulasi Seksi KLB Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah). Dari data kejadian penyakit tersebut perlu diwaspadai bahwa penularan penyakit di masyarakat tetap berlangsung karena kasus yang tertangkap di pelayanan kesehatan tidak dilaporkan sebagai KLB sehingga tidak ditindak lanjuti penanganan di masyarakat, hal tersebut dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat .<sup>7)</sup>

Setiap program menerapkan sistim dalam pengumpulan informasi kesehatan melalui pelaporan secara rutin dan berjenjang, supaya sistim berjalan efektif setiap petugas memahami dengan baik sistim yang diterapkan untuk memperlancar pekerjaan yang dilaksanakan sehingga informasi segera sampai ke pimpinan unit pelayanan kesehatan dan dilaporkan kepada tingkat organisasi yang lebih atas.<sup>8)</sup> Setiap pekerjaan atau kegiatan memerlukan data dan informasi, demikian juga dari adanya pekerjaan atau kegiatan akan menghasilkan data dan informasi baru, sehingga manusia makin sadar akan pentingnya informasi bagi kehidupan terutama bagi para pimpinan atau manajer untuk membuat keputusan dengan cepat, tepat dan benar.<sup>9)</sup> Peran petugas Puskesmas amat penting dalam penyampaian KLB mengingat Puskesmas merupakan wahana sumber informasi yang dapat langsung dari masyarakat, sehingga informasi masalah penyakit atau

masalah kesehatan segera diketahui lebih akurat.<sup>10)</sup> Dalam penanggulangan KLB sedini mungkin diperlukan sistem informasi kesehatan yang dapat memberi data dan informasi tentang kondisi, derajat/status kesehatan, sumber daya, output kegiatan/program dan informasi lain yang berhubungan dengan upaya kesehatan dalam rangka proses pengambilan keputusan, karena sebuah sistem informasi yang baik harus mampu memberikan informasi yang akurat, relevan, lengkap, tepat waktu, dan ringkas.<sup>11)</sup>

Pelaporan Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit biasanya sebagian besar menjadi masalah karena rumitnya formulir pengisian, juga dikarenakan oleh beberapa faktor internal petugas seperti motivasi petugas itu sendiri, beban kerja, status pendidikan, pemahaman penentuan kriteria KLB, pemahaman penetapan waktu mulai perhitungan 24 jam dan faktor eksternal meliputi faktor kepemimpinan, politis dan kebijakan yang diterapkan. Pelaporan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota saat mengetahui adanya indikasi Kejadian Luar Biasa (KLB) dengan menggunakan Form W-1 dilakukan dalam kurun waktu kurang dari 24 jam.<sup>1)</sup> Jika pelaporan disampaikan dengan segera maka upaya penanggulangan akan cepat dilaksanakan mengingat sifat wabah/KLB harus dilakukan usaha yang sungguh-sungguh sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kejadian KLB ditanggulangi kurang dari 24 jam. Untuk mengarahkan pasien berobat melalui jalur pelayanan kesehatan pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) agar terpantau dan menghindari pasien yang ringan tertumpuk di Rumah Sakit serta dapat termonitor bila terjadi peningkatan

yang bermakna untuk selanjutnya dilaporkan dan dilakukan tindakan di lapangan.<sup>12)</sup>

Dalam penelitian ini difokuskan di Kota Semarang karena berbagai alasan sebagai berikut :

- 1 Laporan Kejadian Luar Biasa (KLB) di kota Semarang selama kurun waktu 3 tahun terakhir dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2007 menunjukkan bahwa kejadian KLB dilaporkan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota lebih sedikit dari kejadian KLB yang sebenarnya. Sebagai gambaran tahun 2005 tercatat KLB penyakit menular sebanyak 31 kejadian dan yang dilaporkan tidak terlambat hanya 5 kejadian (16,13 %), pada tahun 2006 terdapat kejadian KLB penyakit menular sebanyak 125 kejadian dan yang dilaporkan tidak terlambat hanya 27 kejadian (21,6 %) , tahun 2007 jumlah kejadian KLB penyakit menular sebanyak 109 kejadian yang dilaporkan tidak terlambat hanya 31 kejadian (28,44%).<sup>13)</sup>
- 2 Kota Semarang sebagai Ibu Kota Provinsi Jawa Tengah, mobilitas penduduk sangat tinggi dan banyak pendatang baik kepentingan sekolah, bekerja maupun berdagang, dengan kelompok umur yang berbeda-beda, sehingga kemungkinan penularan penyakit semakin tinggi dan berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).
- 3 Akses masyarakat untuk mencari pelayanan kesehatan apabila menderita sakit amat mudah dan banyak sarana pelayanan kesehatan yang melayani

penderita sakit mulai yang ringan sampai dengan yang berat.

- 4 Penderita penyakit yang berat banyak berobat ke rumah sakit sedangkan masyarakat yang menderita penyakit dengan kriteria belum parah (masih ringan) akan memilih pelayanan kesehatan terdekat, khususnya di Puskesmas dengan status berobat jalan. Penderita yang berobat jalan dan masih dapat melakukan aktifitas seperti bekerja, bepergian maupun kegiatan lainnya mempunyai kesempatan untuk menularkan penyakitnya ke orang lain yang kontak selama melakukan aktifitas tersebut.

- 5 Pelayanan informasi dan jangkauan transportasi lebih mudah.

Pada kejadian wabah/KLB penyakit menular apabila tidak dilaporkan segera maka diprediksi akan terjadi transmisi di suatu wilayah yang semakin melebar sehingga jumlah penderita dan kematian diperkirakan akan bertambah banyak. Mengingat KLB perlu ditanggulangi dengan segera sehingga wilayah terjangkit, penderita, transmisi dan kematian dapat ditekan sekecil mungkin perlu informasi/pelaporan segera. Hal ini tentu tidak mudah karena sebagai modal dalam melakukan pelaporan memerlukan mental petugas yang peduli dan sadar untuk menyampaikan laporan dimaksud. Keseluruhan rangkaian kegiatan pelaporan kejadian KLB pada hakekatnya merupakan suatu kesatuan pendekatan edukatif dan karenanya menjadi kegiatan lanjutan serta bagian yang tak terpisahkan dengan kegiatan sebelumnya di tingkat kecamatan atau Puskesmas.<sup>14)</sup>

Faktor-faktor yang dapat berhubungan dengan informasi adanya kejadian

KLB penyakit menular tidak sampai atau terlambat antara lain petugas tidak memahami data yang harus diinformasikan karena tidak membuat PWS, kebijakan pimpinan untuk menanggulangi kejadian penyakit sendirian karena anggapan kalau terjadi KLB merupakan kegagalan program, alasan politis, anggapan petugas bila melaporkan KLB akan merepotkan, tidak tersedia form W-1, tidak tersedia biaya untuk proses laporan KLB, petugas mempunyai beban kerja rangkap dan lain sebagainya.<sup>15)</sup>

Hasil survai pendahuluan yang dilaksanakan di Kota Semarang pada 10 (sepuluh) Puskesmas untuk mengetahui jumlah kejadian KLB yang sebenarnya terjadi selama 2 (dua) tahun yaitu pada tahun 2006 dan 2007 (sampai dengan bulan Oktober) dapat diperoleh gambaran kejadian KLB sebagai berikut:

- 1 Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular di Kota Semarang tahun 2006 menurut jenis penyakitnya sebanyak 8 penyakit dengan frekwensi kejadian sebanyak 32 KLB yang dilaporkan tepat waktu hanya 6 frekwensi kejadian KLB. Jenis penyakit yang mengalami KLB yaitu: Varicela, Typhoid, Diare, DBD, Leptospirosis, Chikungunya, Pneumonia dan Campak.
- 2 Data Kejadian Luar Biasa penyakit menular di Kota Semarang tahun 2007 (sampai dengan bulan Oktober) menurut jenis penyakitnya sebanyak 8 penyakit dengan frekwensi kejadian sebanyak 33 KLB yang dilaporkan tepat waktu hanya 14 frekwensi kejadian KLB. Jenis penyakit yang mengalami KLB sebagai yaitu: Varicela, Typhoid, Diare, Difteri, DBD, Pneumonia, Keracunan makanan dan Campak.

Kejadian Luar Biasa (KLB) yang dilaporkan tepat waktu, tindakan penanggulangan dilapangan juga lebih cepat dan biasanya diikuti sampai dengan 2 (dua) kali masa inkubasi oleh petugas Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Dari gambaran survai pendahuluan ternyata kejadian penyakit yang masuk kriteria Kejadian Luar Biasa (KLB) dan tidak dilaporkan tepat waktu masih tergolong banyak, hal ini memungkinkan terjadi transmisi penyakit menular secara terus menerus akibat mobilitas penduduk, sehingga dipandang perlu untuk dilakukan penelusuran karena selama ini belum diketahui secara pasti faktor-faktor yang berhubungan dengan petugas sehingga petugas terlambat menyampaikan laporan kejadian KLB penyakit menular yang terjadi diwilayah kerjanya.

## **B. IDENTIFIKASI MASALAH DAN RUMUSAN MASALAH**

### 1. Identifikasi masalah :

- a. Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular secara nasional frekwensi, kasus dan CFR masih cukup tinggi.
- b. Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular di Jawa Tengah selama tahun 2005 dan 2006 kecenderungan meningkat.
- c. Masih ditemukan Kejadian Luar Biasa (KLB) di kota Semarang tiap tahunnya.
- d. Masih banyak KLB di Kota Semarang terlambat dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota oleh Puskesmas



- e. Adanya peluang penularan penyakit menular ke orang lain apabila tidak ditangani/diobati segera dengan baik.
- f. Belum diketahui faktor yang berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB

2. Rumusan masalah :

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah tersebut proporsi penyampaian kejadian KLB yang dilaporkan oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang selama tiga tahun terakhir (tahun 2005- 2007) masih rendah, sehingga rumusan masalah yang diajukan adalah: **“Apakah faktor-faktor petugas, pimpinan dan pendukung kerja berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota?”**.

Secara spesifik masalah yang diajukan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Apakah pendidikan petugas Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB ?
- b. Apakah lama tugas petugas Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB ?
- c. Apakah lama menangani KLB petugas Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB ?
- d. Apakah pelatihan surveilans epidemiologi petugas Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampian laporan KLB ?

- e. Apakah frekwensi pelatihan petugas Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampian laporan KLB ?
- f. Apakah beban kerja (tugas rangkap) petugas Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampian laporan KLB ?
- g. Apakah motivasi kerja petugas Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampian laporan KLB ?
- h. Apakah kebijakan pimpinan petugas Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB ?
- i. Apakah perhatian kepala Puskesmas berhubungan dengan penyampaian laporan KLB ?
- j. Apakah pemahaman petugas Puskesmas tentang penentuan waktu mulai pelaporan KLB disampaikan kurang dari 24 jam berhubungan dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB ?
- k. Apakah pemahaman petugas Puskesmas tentang penentuan KLB berhubungan dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB ?
- l. Apakah ketersediaan form W-1 di Puskesmas berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB ?

### **C. TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan yang ingin dicapai pada penelitian sebagai berikut:

1. Umum :

Memperoleh informasi faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang, meliputi faktor petugas, pimpinan dan pendukung kerja.

2. Khusus :

- a. Membuktikan pendidikan, lama bertugas, lama menangani KLB, status pelatihan surveilans epidemiologi, frekwensi mengikuti pelatihan surveilans epidemiologi berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB
- b. Membuktikan hubungan beban kerja (tugas rangkap) dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB
- c. Membuktikan hubungan motivasi kerja dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB
- d. Membuktikan hubungan kebijakan pimpinan Puskesmas dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB
- e. Membuktikan hubungan perhatian kepala Puskesmas dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB.
- f. Membuktikan hubungan pemahaman tentang penentuan waktu mulai pelaporan KLB disampaikan kurang dari 24 jam petugas Puskesmas dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB ?

- g. Membuktikan hubungan pemahaman tentang penentuan KLB petugas Puskesmas dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB ?
- h. Membuktikan hubungan tidak tersediannya form W-1 dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB.

#### D. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian tentang faktor- faktor hubungan keterlambatan petugas dalam penyampaian laporan KLB belum pernah dilakukan tetapi penelitian yang berlatar belakang dengan penyelidikan epidemiologi telah banyak dilakukan oleh beberapa peneliti, namun dengan subyek penelitian dan sudut pandang yang berbeda. Beberapa penelitian yang berhubungan dengan penyelidikan epidemiologi adalah sebagai berikut :

Tabel 1.1

#### Beberapa penelitian yang telah dilakukan

No	Judul penelitian	Peneliti	Variabel penelitian	Design & uji statistik	Hasil penelitian
1	Penyelidikan KLB penyakit Hepatitis A di Kecamatan Boja, Singorojo, dan Limbangan Kabupaten Kendal Provinsi Jawa Tengah tahun 2004	Donatus Dudeng Universitas Gajah Mada 2004	Variabel bebas : -Kebiasaan jajan -Riwayat kontak -Riwayat suntik -Kebiasaan buang air besar di	Kasus kontrol	Dari 7 variabel yang diteliti ada 4 variabel yang menunjukkan ada hubungan yaitu: -Kebiasaan jajan

			jamban -Mencuci tangan setelah buang air besar dan sebelum makan -Penggunaan air bersih Variabel terikat : - Kejadian Hepatitis A		-Riwayat suntik -Mencuci tangan sete lah buang air besar dan sebe lum makan -Pengguna an air ber sih
2	Implementasi sistim surveilans penyakit campak di Kabupaten Kebumen tahun 1997	Lily Herawati Susanto Universitas Gajahmada 1997	Variabel bebas : -Kesederha naan laporan -Keluwes an Lapora -Penerimaan organisasi -Nilai duga positif -Ketepatan waktu laporan Variabel terikat : Kecepatan intervensi	Cross sectional	Dari 5 va riabel yang diteliti ada 4 variabel yang me nunjukkan ada hubu ngan yaitu: -Kesederha naan lapo ran -Keluwes an Laporan -Nilai duga positif -Ketepatan waktu laporan
3	Faktor resiko yang berpenga ruh terhadap pe nurunan kapasi tas paru pekerja tambang kapter	Budi Utomo (UNDIP) Semarang 2005)	Variabel bebas : -Umur -Indek masa tubuh -Kadar debu -Masa kerja -Lama kerja -Kebiasaan	Kasus Kontrol	Dari 8 va riabel yang diteliti ada 2 variabel yang me nunjukkan ada hubu ngan yaitu:

			merokok -Tidak pakai masker -Proses pembakaran		-Kebiasaan merokok -Tidak pakai masker
			Variabel terikat : -Penurunan kapasitas paru		
4	Faktor yang berhubungan dengan praktek pengawasan menelan obat (PMO) dalam pengawasan penderita tuberculosis paru di kota Semarang	Nunuk Widyaningsih Universitas Diponegoro 2004	Variabel bebas : -Pengetahuan - Sikap Variabel terikat: -Praktek PMO dalam pengawasan penderita TB Paru menelan obat	Eksplanatori dengan Cross sectional	-pengetahuan PMO ada pengaruh positif sikap (p=0,002 r=0,483) -Pengetahuan ada pengaruhnya pada praktek (p=0,04 r=0,2) - Sikap ada hubungannya pada praktek PMO (p=0,025 r= 0,37)

Perbedaan penelitian yang dilaksanakan dengan penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

- 1 Peneliti terdahulu mencari penyebab terjadinya penyakit yang menimbulkan KLB, sedangkan pada penelitian ini menitik beratkan pada pelaporan kejadian KLB

- 2 Penelitian terdahulu lingkup perilaku sedangkan pada penelitian ini pada lingkup epidemiologi managerial pelaporan kejadian luar biasa (KLB)
- 3 Analisis hasil dibahas secara kuantitatif dan kualitatif sehingga menangkap keadaan yang sebenarnya terjadi di Puskesmas.

#### **E. RUANG LINGKUP PENELITIAN**

Untuk menghindari pemahaman terhadap hasil penelitian yang berbeda peneliti membatasi ruang lingkup dengan pertimbangan karena terbatasnya dana, sarana dan tenaga, adapun lingkup yang dimaksud sebagai berikut:

1. Lingkup materi :

Berdasarkan lingkup keilmuan, penelitian ini tergolong dalam epidemiologi manajerial di bidang pencegahan penyakit. Masalah utama yang diangkat dalam penelitian ini adalah faktor hubungan keterlambatan petugas dalam penyampaian laporan KLB pada program penanggulangan KLB penyakit menular dan keracunan makanan.

2. Lingkup lokasi :

Penelitian ini akan dilaksanakan di seluruh Puskesmas yang berada di wilayah Kota Semarang yang pada tahun 2006 dan 2007 terjadi KLB.

3. Lingkup Waktu :

Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan Mei 2008.

4. Lingkup Sasaran :

Sasaran dalam penelitian ini adalah semua Kejadian Luar Biasa (KLB) yang terjadi selama tahun 2006 dan 2007. dengan responden petugas pengelola P2M/pengelola W-2/yang membuat laporan KLB Puskesmas di Kota Semarang.

## **F. MANFAAT**

1. Bagi Dinas Kesehatan (Program penanggulangan KLB)
  - a. Sebagai data yang memberi gambaran faktor-faktor berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan kejadian luar biasa.
  - b. Sebagai dasar untuk perencanaan kegiatan program Upaya Kesehatan khususnya yang berkaitan dengan KLB.
  - c. Sebagai bahan masukan Kabupaten/Kota dalam melaksanakan kegiatan KLB.
  - d. Bermanfaat untuk program khususnya untuk meningkatkan kinerja dan menekan kasus penyakit, wilayah terjangkau dilokasi KLB.
2. Bagi masyarakat :
  - a. Untuk mendapat pelayanan pada kejadian kesakitan selama KLB oleh petugas kesehatan Kota.
  - b. Adanya perhatian dari petugas secara cepat pada setiap kejadian penyakit menular yang terjadi di masyarakat.
  - c. Transmisi kejadian penyakit dapat diputus segera sehingga masyarakat terancam dapat dikurangi.
3. Bagi pengembangan Ilmu



- a. Sebagai penelitian pendahuluan tentang pelaporan dan penanggulangan KLB.
- b. Dapat menambah pengetahuan dan untuk bahan melakukan perencanaan kesehatan dalam program kejadian luar biasa (KLB).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KEJADIAN LUAR BIASA**

1. Definisi :

KLB sama dengan wabah adalah terjadinya sejumlah kasus penyakit, yang diketahui atau diduga disebabkan oleh infeksi atau infestasi parasit yang melampaui jumlah wajar atau yang tidak selayaknya ada ditempat atau pada waktu tertentu.<sup>1,16,17)</sup> Yang membedakan antara KLB dan wabah yaitu KLB tanpa ad pernyataan dari Menteri Kesehatan

2. Kriteria kerja KLB :

- a. Timbulnya suatu penyakit menular yang sebelumnya tidak ada/tidak dikenal
- b. Peningkatan kejadian penyakit/kematian terus menerus selama 3 kurun waktu berturut-turut menurut jenis penyakitnya (jam, hari, minggu)
- c. Peningkatan kejadian penyakit/kematian 2 kali atau lebih dibanding dengan periode sebelumnya (jam, hari, minggu, bulan, tahun)
- d. Jumlah penderita baru dalam satu bulan menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih bila dibandingkan dengan angka rata-rata perbulan dalam tahun sebelumnya
- e. Angka rata-rata perbulan selama satu tahun menunjukkan kenaikan dua kali lipat atau lebih dibanding dengan angka rata-rata perbulan dari tahun sebelumnya.
- f. CFR dari suatu penyakit dalam suatu kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50 % atau lebih dibanding dengan CFR dari periode sebelumnya.

- g. Proportional Rate (PR) penderita baru dari suatu periode tertentu menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibanding periode yang sama dan kurun waktu/tahun sebelumnya
- h. Beberapa penyakit khusus: cholera, DHF/DSS
  - 1) Setiap peningkatan kasus dari periode sebelumnya (pada daerah endemis)
  - 2) Terdapat satu atau lebih penderita baru dimana pada periode 4 minggu sebelumnya daerah tersebut dinyatakan bebas dari penyakit yang bersangkutan.
- i. Beberapa penyakit yang dialami 1 atau lebih penderita:
  - 1) Keracunan makanan
  - 2) Keracunan Pestisida

Kriteria kerja untuk penentuan Kejadian Luar Biasa (KLB) seperti tersebut diatas sebagai pedoman untuk pelaksanaan tugas.<sup>1)</sup>

## **B. PETUGAS :**

Petugas merupakan unsur dalam melaksanakan kegiatan suatu organisasi pada institusi khususnya pada Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan masyarakat sebagai sumberdaya manusia merupakan aset penting dalam menjalankan proses manajemen karena ditangan petugas sumber daya lain dapat diolah dan digunakan untuk menunjang tercapainya tujuan organisasi yang telah

ditetapkan.<sup>18)</sup> Untuk tercapainya tujuan organisasi secara efektif, perlu upaya aktif mengembangkan proses pendukung pada lingkup petugas yang meliputi :

### **1. Beban kerja/Tugas rangkap**

Pada dasarnya manajemen yang diterapkan dalam organisasi menyangkut perlakuan terhadap para pegawai/karyawan dan berkisar pada upaya memanusiakan manusia ditempat kerjanya. Pernyataan sederhana dan berbau klise tersebut sesungguhnya mempunyai makna yang sangat luas dan harus tercermin dalam seluruh proses manajemen sumber daya manusia.<sup>19)</sup>

Titik tolak sumber daya adalah :

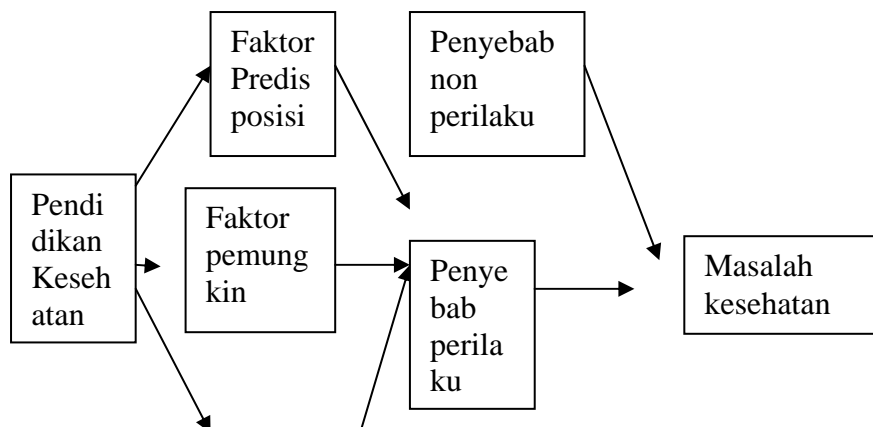
- 1 Manusia merupakan resource yang paling strategik yang dimiliki organisasi
- 2 Manusia mempunyai harkat dan martabat yang harus diakui dan dihargai
- 3 Manusia merupakan makhluk yang sangat kompleks
- 4 Kebutuhan manusia tidak hanya kebutuhan primer melainkan kebutuhan lain yang non materi seperti kebutuhan sosial, simbol-simbol status, kebutuhan mental intelektual dan spiritual.

Dalam menjalankan tugasnya pegawai akan merasa ringan apabila dapat berbagi kerja dengan orang lain tentang kerjaan yang menjadi tanggung jawabnya, tetapi akan menjadi berat apabila telah dibebani tanggung jawab pekerjaan yang lebih dari satu kegiatan (tugas rangkap) permasalahan yang akan dihadapi bahwa pekerjaan yang di pikulnya akan menambah beban tanggung jawabnya.

## 2. Perubahan perilaku

Pendidikan berhubungan dengan perubahan perilaku, dimana perilaku memiliki kontribusi yang besar hubungannya dengan penyakit menular baik yang secara langsung manusia sebagai Host maupun tidak langsung dari proses pelaksanaan dan manajemen dalam penyampaian laporan kejadian penyakit untuk mendorong orang lain berbuat sesuatu dalam proses penanggulangan di lapangan sehingga dapat menekan kejadian penyakit yang berlanjut. Disamping juga bahwa faktor perilaku mempunyai pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu maupun masyarakat.<sup>20)</sup>

Salah satu teori yang menganalisis perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah teori Lawrence Green. Menurut Lawrence Green bahwa perilaku dilatar belakangi atau dihubungkan oleh tiga faktor pokok yakni faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat.<sup>21)</sup> Dapat diuraikan pada bagan sebagai berikut:



Faktor  
penguat

Gambar 1 : Teori perubahan perilaku  
Model dari Lewrence Green

### 3. Sikap petugas

Merupakan pilihan dari seseorang untuk menentukan sesuatu hal yang diinginkan dalam atau akan dilaksanakan sebagai respon terhadap suatu stimulus atau obyek meskipun sifatnya masih tertutup atau belum dapat dilihat hanya saja dapat ditafsirkan dan bersifat emosional. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau perilaku didalam kehidupan sehari-hari.<sup>22)</sup> Dalam penentuan sikap didasari oleh pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting sehingga dapat dibedakan menjadi beberapa tingkatan sebagai berikut:

a. Menerima :

Seseorang menerima jika orang tersebut mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

b. Merespon :

Memberi jawaban dari pertanyaan yang diberikan kepadanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan, ini merupakan merupakan indikasi dari sikap.

c. Menghargai :

Upaya untuk menghargai orang lain dengan mengajak rekannya untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah yang diterimanya.

d. Bertanggung jawab :

Bertanggung jawab terhadap sesuatu yang telah dipilihnya walaupun beresiko.

Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan melalui penggalian pendapat atas pertanyaan yang diberikan dan dijawab sesuai pendapatnya misal pilihan sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju atas apa yang dia ketahui.

#### **4. KARAKTERISTIK PETUGAS**

##### **a. Pelatihan Petugas kesehatan (Petugas Koordinator P2)**

Salah satu konsekuensi pandangan bahwa sumber daya manusia merupakan “resource” yang paling strategis merupakan investasi sehingga penting perlu dana untuk kepentingan pelatihan sehingga dapat tersedia sumberdaya yang paham akan tugas-tugasnya, sehingga dapat berupa peningkatan kinerja.<sup>19)</sup>

Di dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan, perlu diadakan suatu pelatihan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan kemampuan atau ketrampilan (skills), dimana terhadap ketiga hal tersebut merupakan suatu kualifikasi dari tenaga kesehatan, bahwa dengan pelatihan menunjukkan adanya penambahan pengetahuan, ketrampilan petugas untuk dapat melaksanakan pekerjaan dengan baik dan efektif, serta menyiapkan untuk pengembangan selanjutnya.<sup>23)</sup>

Pengamatan menunjukkan bahwa aparatur sering tidak bekerja efisien, efektif dan produktif adalah perilaku yang negatif dan para aparatur tidak memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang sesuai dengan tugas yang dihadapi.<sup>19)</sup>

Program pelatihan dapat mempengaruhi perilaku kerja, yang paling jelas adalah langsung memperbaiki ketrampilan yang diperlukan petugas agar berhasil menyelesaikan pekerjaan.<sup>24)</sup> Menurunnya kinerja petugas dapat terjadi karena pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki sudah tidak memadai atau tidak sesuai dengan tuntutan tugas dan perilaku yang negatif. oleh karena itu pelatihan yang efektif adalah pelatihan yang mampu menghilangkan kedua faktor penyebab tersebut sekaligus.

b. Frekwensi pelatihan

Secara logika pelaksanaan dan keikutsertaan dalam pelatihan tentang surveilans epidemiologi, SKD KLB, pembuatan PWS penyakit dan sejenisnya memberi pengetahuan terhadap petugas Koordinator P2M/ pembuat laporan W-2 di Puskesmas. Keikutsertaan pelatihan petugas dalam hal epidemiologi berulang membuat petugas lebih memahami akan ilmu epidemiologi yang diberikan setidaknya dapat menyegarkan kembali daya ingat tentang epidemiologi yang telah lupa dan atau hampir lupa, dalam kata lain pelatihan epidemiologi yang diikuti lebih dari sekali akan meningkatkan pemahaman dalam bidang ilmu epidemiologi tersebut.

c. Pendidikan :

Banyak kelompok di berbagai masyarakat yang mengakui bahwa ilmu pengetahuan dan teknologi dewasa ini berkembang dengan pesat dapat dikatakan belum pernah dialami oleh umat manusia sebelumnya, bahkan tidak pernah diduga sebelumnya, dengan majunya teknologi



mempunyai hubungan yang sangat luas. Dalam prakteknya umat manusia memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dalam bentuk penggunaan akses yang makin mudah terjangkau oleh masyarakat kepada pendidikan formal, mulai dari pendidikan yang paling rendah hingga strata yang paling tinggi, begitu terbukanya akses tersebut hingga salah satu kriteria yang digunakan untuk mengukur kemajuan suatu bangsa adalah tingkat pendidikan rata-rata warganya.<sup>19)</sup> Semakin tinggi pendidikan formalnya akan mempunyai dampak akan meningkatkan kemampuan, meningkatkan kesadaran yang makin tinggi akan adanya berbagai hak dan martabat dan akan mudah memahami akan berbagai kewajibannya.<sup>19)</sup>

Diagnosis pendidikan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menentukan cara terbaik untuk memulai proses perubahan perilaku, dengan pendidikan maka akan semakin lebar pertambahan pengetahuan ini termasuk faktor predisposing yang menjadi dasar

petugas untuk lebih memahami tugas sebagai tanggung jawabnya.<sup>21)</sup>

Tanggung jawab yang dimaksud adalah tanggung jawab dari petugas yang memegang kegiatan sebagai koordinator program P2m atau petugas pembuat laporan W-2 yang dilakukan analisis kecenderungan melalui alat Bantu PWS penyakit menular Potensi KLB, apabila ada indikasi KLB akan dilakukan pelaporan melalui for W-1.

d. Seks ( jenis kelamin):

Timbulnya keanekaragaman tenaga kerja dalam bentuk yang lebih nyata dibanding dengan apa yang sudah dan sedang dialami sekarang. Keaneka ragaman tersebut timbul karena demokratisasi politik dan ekonomi, meningkatnya taraf pendidikan masyarakat, pengaruh kemiskinan, serta terjadinya pergeseran norma social yang berdampak pada kekaryaan. Penetapan demokratisasi politik tidak berlakunya pandangan yang membedakan warga Negara berdasarkan asal usul, ras, daerah, latar belakang social, jenis kelamin dan usia dapat dikatakan tidak diskriminasi dalam berkarya merupakan hal positif dari proses demokratisasi ekonomi.

Secara tradisional dalam masyarakat kaum pria yang bertanggung jawab dan berperan sebagai pencari nafkah, sehingga dalam bekerja lebih bertanggung jawab pada kerjaan yang diembannya, disamping itu pertimbangan bahwa produktifitas wanita tidak tinggi, tingkat kemangkiran yang tinggi karena harus menyelesaikan tugas sebagai ibu rumah tangga dan kesulitan untuk bekerja lembur sehingga dipandang bahwa sex mempengaruhi kinerja kerja.<sup>19)</sup>

e. Umur :

Yang dimaksud dengan kelompok produktif adalah anggota masyarakat yang sudah waktunya memasuki lapangan kerja, untuk itu upaya yang dilaksanakan agar kelompok usia produktif dapat memainkan peran dengan tingkat efektifitas dan produktifitas yang tinggi, kelompok produktif pada tahun dua puluhan sampai dengan umur 45 tahun sehingga selebihnya dianggap sudah tua.<sup>19)</sup>

f. Lama tugas :

Hal penting yang perlu dipertimbangkan bahwa lama bertugas dari seorang karyawan/pegawai pada unit organisasi tertentu akan memberi nilai positif dari segi sumber daya manusianya, karena mereka memiliki pengalaman dalam penyelenggaraan lingkungan organisasinya. Banyak hal yang sudah diperoleh dari segi informasi tentang hal yang tidak selalu mudah dikumpulkan, asumsi bahwa masa kerja identik dengan pengalaman apabila yang bersangkutan terus berkembang secara teknis, intelektual dan emosional dalam melaksanakan tugasnya.<sup>19)</sup>

g. Lama menangani KLB

Teori manajemen sumber daya manusia yang mutakhir menekankan bahwa kinerja seseorang akan cenderung menurun, apabila dihadapkan dengan tugas yang sangat rutin misalnya lama pada program sebagai koordinator Pencegahan Penyakit Menular (P2M)/KLB di Puskesmas, mekanistik dan tanpa variasi, apalagi jika hasil karyanya tidak dapat diidentifikasi dengan jelas sebagai kontribusi tugas bersama. Bukan hanya kinerjanya yang akan cenderung menurun, produktifitasnya pun makin rendah karena merasa jenuh dan melakukan banyak kesalahan dalam pekerjaan, tingkat kemangkirannya pun akan cenderung meningkat jika berlangsung untuk satu kurun waktu yang panjang, situasi seperti itu akan mengakibatkan tingkat kepuasan yang rendah<sup>19)</sup>

h. Pemahaman petugas tentang penentuan KLB

Petugas mengetahui dengan betul tentang kriteria penentuan KLB sesuai yang telah diuraikan pada kriteria kerja KLB, sebagai pedoman dalam pelaksanaan kerja yang dipakai untuk pengamatan penyakit menular potensi KLB.<sup>25)</sup> Kriteria yang apabila dilaksanakan untuk penentuan KLB tidak terlambat meliputi :

- 1) Timbulnya suatu penyakit menular yang sebelumnya tidak ada/tidak dikenal
- 2) Peningkatan kejadian penyakit/kematian terus menerus selama 3 kurun waktu berturut-turut menurut jenis penyakitnya (jam, hari, minggu)
- 3) Peningkatan kejadian penyakit/kematian 2 kali atau lebih dibanding dengan periode sebelumnya (jam, hari, minggu, bulan, tahun)

### C. PIMPINAN

Dalam menjalankan suatu organisasi yang didalamnya banyak melibatkan orang pegawai/karyawan, sangat memerlukan adanya pemegang kendali untuk menentukan arah dan tujuan yang ingin dicapai berupa pimpinan atau kepala dari unit organisasi tersebut, sehingga dalam penyelenggaraan institusinya seorang pimpinan dapat mempengaruhi semua proses penyelenggaraan suatu institusi yang meliputi :

#### 1. Motivasi

Motivasi merupakan hal penting untuk mendorong seseorang melakukan sesuatu hal yang diinginkan dalam atau akan dilaksanakan

sebagai respon terhadap suatu stimulus atau obyek meskipun sifatnya masih tertutup atau belum dapat dilihat hanya saja dapat ditafsirkan dan bersifat emosional.<sup>22)</sup> Motivasi didasari oleh pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting sehingga dapat dibedakan menjadi beberapa tingkatan sebagai berikut:

a. Menerima :

Seseorang termotivasi jika orang tersebut mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

b. Merespon :

Melaksanakan apa yang diberikan kepadanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan dengan baik.

c. Menghargai :

Upaya untuk menghargai orang lain dengan mengajak rekannya untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah yang diterima tanpa paksaan.

d. Bertanggung jawab :

Bertanggung jawab terhadap sesuatu yang telah dipilihnya walaupun beresiko.

Pengukuran motivasi secara langsung dapat dilakukan melalui penggalian dengan pertanyaan yang diberikan dan dijawab sesuai apa adanya atau dapat dilihat melalui kinerjanya.

Seorang petugas akan menampilkan kinerja yang memuaskan bagi dirinya sendiri dan organisasi apabila yang bersangkutan termotivasi untuk berbuat demikian<sup>19)</sup>, motivasi mengandung tiga konsep :

- a. Upaya maksimal untuk menyelenggarakan fungsi dan menjalankan kegiatan yang menjadi tanggung jawab seseorang, mencapai tujuan organisasi dan pencapaian tujuan pribadi dari orang yang bersangkutan. Artinya seseorang petugas hanya akan bersedia melakukan upaya yang maksimal demi tercapainya tujuan organisasi apabila petugas tersebut yakin bahwa dengan tercapainya tujuan organisasi tujuan pribadinya pun akan tercapai.
- b. Motivasi harus dikaitkan dengan kemampuan seseorang walaupun kemampuan secara fisik dan intelektual mencakup pertimbangan IQ, minat dan bakat.
- c. Dengan pertimbangan IQ seseorang dapat ditentukan jabatan dan tugas pekerjaan apa yang tepat diberikan.

## **2. Kebijakan**

Dalam menjalankan suatu organisasi yang didalamnya banyak melibatkan orang pegawai/karyawan, sangat memerlukan adanya pemegang kendali untuk menentukan arah dan tujuan yang ingin dicapai berupa pimpinan atau kepala dari unit organisasi tersebut. Dengan demikian jelaslah bahwa dalam organisasi akan diterapkan birokrasi sehingga dituntut

untuk memahami dan menggunakan paradigma baru dalam penyelenggaraan fungsi. Pemahaman dan penggunaan paradigma baru harus disoroti bukan hanya dari sudut pandang cara kerja yang efisien, efektif dan produktif saja tetapi juga karena birokrasi harus mampu memainkan peran sebagai pemeran panutan (pimpinan/atasan/kepala) atau teladan dalam manajemen. Kebijakan yang patut ditempuh atau diambil oleh pimpinan/atasan/kepala adalah tetap menyelenggarakan kegiatan ketika organisasi menghadapi banyak permasalahan dan kesulitan.

Pertimbangan dalam penerapan kebijakan organisasi oleh pimpinan/atasan/kepala biasanya dapat berupa pertimbangan Politik yaitu penemuan dan pemahaman tentang siapa yang memperoleh, apa dan kapan. Jika batasan pengertian itu disimak secara teliti akan terlihat bahwa Politik bertautan erat dengan kekuasaan, melalui kekuasaan itulah seseorang atau sekelompok orang bertindak demi memperoleh hal-hal yang diinginkan agar mampu menghadapi berbagai tantangan yang mungkin timbul.<sup>19)</sup>

Pengertian lain bahwa kebijakan merupakan pilihan untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu yang semuanya diterapkan untuk mencapai tujuan yang akan diperoleh dalam memecahkan masalah-masalah pada organisasi, dikembangkan oleh pejabat atau pimpinan organisasi/institusi baik pemerintah maupun swasta.<sup>26)</sup>

Pimpinan harus mempunyai komitmen, sebab kalau tidak program akan mengalami kegagalan. Bila pimpinan puncak tidak komit lagi dengan

program yang sudah berjalan, maka program tersebut sebaiknya dihentikan atau tidak dijalankan dulu.<sup>27, 28)</sup>

### 3. **Perhatian pimpinan**

Motivasi kerja petugas/karyawan/pegawai di Indonesia tidak lepas dari pengawasan artinya masih tergantung pada pimpinannya sehingga perlu pengawasan yang terus menerus disamping penghargaan dari apa yang telah dikerjakan.<sup>29)</sup> Orang (petugas/karyawan/pegawai) memerlukan suatu bimbingan dan perhatian terhadap apa yang telah mereka lakukan termasuk konsultasi terhadap hal-hal yang bersifat pribadi.

Elton Mayo (1930) menekankan bahwa jika perhatian penuh diberikan kepada pegawai oleh manajemen (pimpinan), maka hasil kerja akan meningkat dengan tidak mengabaikan kondisi lingkungan kerja. Teori tersebut dikenal dengan “hawthorne effect” dimana seseorang akan merespon suatu kejadian dan terus belajar manakala mereka merasa terus diperhatikan dan didukung oleh manajemen.

Douglas Mc Gregor (1960) menekankan tentang pendapat Mayo dengan teori yang dikemukakannya tentang manajemen perilaku terhadap pegawai (bagaimana memperlakukan pegawainya) yang berhubungan dengan kepuasan pegawai. Teori tersebut dinamakan teori X dan Y.

- a. Teori X menekankan bahwa seorang manajer (pimpinan) percaya bahwa pegawai pada dasarnya adalah malas, dan tidak mempunyai keinginan



untuk meningkatkan produktifitas di suatu organisasi jadi perlu supervisi secara terus menerus dan arahan secara melekat.

- b. Teori Y menekankan manajer (pimpinan) percaya bahwa pegawainya senang bekerja dengan motivasi yang timbul dari dalam dirinya, dan berusaha untuk bekerja keras dalam mencapai tujuan individu dan organisasi.

Mc Gregor tidak merasa bahwa teorinya X dan Y adalah bertentangan, tetapi lebih dari suatu komponen yang berkesinambungan sehingga manajer (pimpinan) harus menggabungkan komponen tersebut dalam mengelola dan memimpin pegawainya. Disamping itu teori tersebut tidak dapat berjalan dengan baik tanpa adanya suatu keputusan yang tepat dan penjelasan akurat dari seorang manajer (pimpinan) dalam mengasumsikan atau menilai bawahannya.

#### **D. PENDUKUNG KERJA**

Dalam proses penyelenggaraan suatu organisasi selain dari faktor petugas yang terlibat dalam kegiatan, termasuk adanya pimpinan untuk menunjang tercapainya tujuan dari organisasi yang lebih baik maka unsur yang tidak kalah pentingnya adalah penunjang kerja, yang dimaksud adalah :

1. Pelaporan dengan form W-1 dan penentuan waktu mulai melaporkan KLB
  - a. Pelaporan dari masyarakat

Pelaporan dari masyarakat ke Puskesmas dengan form yang tidak ditentukan (bebas) dan bersifat individual setelah mengetahui adanya kejadian penyakit menular, dalam kurun waktu kurang dari 24 jam.<sup>1, 30)</sup>

b. Pelaporan dari Puskesmas kedinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/kota ke Dinas Kesehatan Provinsi

1) Pelaporan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Provinsi setelah mengetahui adanya indikasi Kejadian Luar Biasa (KLB) dengan menggunakan Form W-1 dalam kurun waktu kurang dari 24 jam setelah mengetahui adanya indikasi KLB penyakit menular.<sup>1)</sup> Form W-1 harus tersedia di Puskesmas untuk memperlancar pelaporan.

2) Pelaporan kasus mingguan penyakit menular pada kejadian KLB dilakukan oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menggunakan form W-2. Pelaporan mingguan lebih diperlukan untuk mendeteksi wabah dibandingkan dengan pelaporan bulanan. Pelaporan mingguan harus segera diselesaikan, dan pihak yang berwenang harus diberi tahu jika ada petunjuk peningkatan insidensi penyakit yang lebih besar dari kecenderungan normal.<sup>12)</sup>

3) Pelaporan kasus bulanan penyakit menular pada kejadian KLB dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupate/Kota ke Provinsi dengan memanfaatkan form W-3.

c. Standar pelayanan minimal:

Standar pelayanan minimal (SPM) penanggulangan KLB adalah Kelurahan/desa yang terjadi KLB ditangani kurang dari 24 jam.<sup>31)</sup>

## **2. Surveillans**

### **a. Definisi**

Surveillans adalah proses pengamatan secara teratur dan terus menerus terhadap semua aspek penyakit tertentu, baik keadaan maupun penyebarannya dalam suatu masyarakat tertentu untuk kepentingan pencegahan dan penanggulangan.<sup>32,33)</sup> Definisi lain secara lengkap menjelaskan bahwa Surveilans adalah suatu rangkaian proses yang sistematis dan berkesinambungan dalam pengumpulan, analisa dan interpretasi data kesehatan dalam upaya untuk menguraikan dan memantau suatu peristiwa kesehatan.<sup>34)</sup> Informasi yang dihasilkan berguna untuk perencanaan pelaksanaan dan penilaian program/ upaya kesehatan masyarakat. Data surveilan dapat dipakai untuk menentukan kebutuhan akan upaya kesehatan masyarakat atau menilai efektifitas dari suatu program kesehatan masyarakat.

Surveilans dipergunakan untuk mengetahui informasi yang up to date mengenai penyakit di masyarakat, informasinya berguna untuk :

- 1) Memonitor program yang sedang berjalan
- 2) Mengevaluasi hasil program
- 3) Sistem kewaspadaan dini (dengan form mingguan)

Dalam pengertian diatas maka surveillans adalah pengumpulan data atau informasi untuk menentukan tindakan.

b. Ciri khas dari surveilans epidemiologi :

Surveilans mempunyai ciri khas sebagai berikut:

1) Pengumpulan data epidemiologi

Dalam penyampaian data perlu diperhatikan beberapa sumber asal data (sumber data) yang meliputi :

- a) Data berobat jalan
- b) Hasil penyelidikan atau kegiatan lapangan
- c) Hasil pemeriksaan laboratorium
- d) Data cakupan program

Untuk penyampaian data dari sumber data setelah diperoleh, diperlukan form yang telah dibakukan dan yang tidak kalah pentingnya berupa kelengkapan dan ketepatan penyampaian.

2) Kompilasi data, analisis data dan interpretasi data

Untuk mengkompilasi data, maka data yang telah terkumpul kita pilah sesuai dengan variabel atau informasi yang kita perlukan selanjutnya ditabulasi pada format tabel yang disiapkan. Analisis dan interpretasi data dapat ditampilkan dalam bentuk penyajian data seperti tabel, grafik, chart dan peta.

3) Penyebar luasan dari hasil analisa dan interpretasi data kepada yang memerlukan.

c. Manfaat surveilans

Suatu sistem surveilans dapat dianggap bermanfaat bila sistem tersebut dapat menjawab beberapa hal<sup>22)</sup> :

- 1). Dapat mendeteksi tanda-tanda adanya perubahan kecenderungan dari suatu penyakit
- 2). Mendeteksi adanya KLB
- 3). Memperkirakan besarnya suatu kesakitan atau kematian yang berhubungan dengan masalah yang sedang diamati.
- 4). Merangsang penelitian, untuk menentukan suatu tindakan penanggulangan atau pencegahan
- 5). Mengidentifikasi faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian suatu penyakit
- 6). Memungkinkan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap tindakan penanggulangan
- 7). Mengawasi upaya untuk meningkatkan tindakan-tindakan praktek klinis oleh petugas kesehatan yang terlibat dalam sistem surveilans.

d. Sumber informasi (laporan Penyakit) :

Sumber informasi penyakit menular merupakan informasi “outcome” hubungan interaksi antara transmisi dan interaksi dengan agents penyakit, bahan berbahaya seperti pencemaran, radiasi dan lain sebagainya.<sup>26)</sup>

Sumber informasi dapat diperoleh dari :

- 1) Lapangan atau yang bersifat community base
  - 2) Dari institusi seperti Rumah Sakit dan Puskesmas (dari hasil pelayanan)
- Mengenai validitas data, secara teoritis rumah sakit merupakan institusi yang dapat menjamin ketepatan diagnosa, mengingat tersedianya alat atau teknologi diagnostik yang lebih memadai. Namun seringkali tidak merefleksikan kondisi morbiditas suatu penyakit yang sedang terjadi atau melanda wilayah tertentu.

Pada keadaan KLB biasanya informasi yang disampaikan berupa informasi kejadian penyakit saja. Timbulnya penyakit dalam kondisi tersebut kita harus memprediksi sumber penyakit maupun berbagai variabel faktor resiko kesehatan yang ada kaitannya dengan jenis kejadian penyakitnya, upaya ini merupakan upaya retrospektif (mencari faktor yang berperan dalam kejadian KLB serta mencari “causative agents” penyakitnya).<sup>35)</sup>

Informasi adanya kejadian KLB penyakit menular sangatlah penting untuk melibatkan banyak pihak dalam penanggulangan KLB yang terjadi.<sup>15)</sup> Namun informasi dapat juga tidak sampai karena dipengaruhi beberapa hal diantaranya:

- 1) Petugas tidak memahami data yang harus diinformasikan
- 2) Karena adanya kebijakan pimpinan untuk menanggulangi kejadian penyakit sendirian karena anggapan kalau terjadi KLB merupakan kegagalan program.

- 3) Karena alasan politis sehingga informasi KLB tidak di sampaikan.
- 4) Karena anggapan petugas bila dilaporkan adanya KLB akan merepotkan dan menambah beban tugas petugas..
- 5) Karena tidak tersediannya form W-1
- 6) Tidak tersediannya biaya untuk proses laporan KLB
- 7) Petugas mempunyai beban kerja rangkap Dan lain sebagainya.

### **3. Data PWS :**

Blangko Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) kejadian penyakit merupakan alat Bantu untuk mengetahui kecenderungan data kejadian penyakit diwilayah kerja Puskesmas. Pemakaian blangko PWS dapat dilakukan secara harian, mingguan dan bulanan.<sup>36)</sup>

### **4. Analisis data surveilans melalui PWS:**

Analisis merupakan tindakan kongkrit untuk mengetahui perjalanan program pada kurun waktu. Surveilans tanpa kegiatan analisis ini belum merupakan surveilans, karena analisis data dari hasil pengumpulan data penyakit khususnya akan menghasilkan informasi yang akan ditindak lanjuti menjadi suatu tindakan intervensi untuk penanggulangan. Analisis dilaksanakan dengan cepat dan yang paling sederhana berupa analisis kecenderungan penyakit melalui Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) dari gambaran penyakit yang telah dibuat oleh petugas melalui grafik baik grafik harian, mingguan maupun bulanan akan cepat terlihat bila terjadi peningkatan kasus. Hasil dari analisis yang telah menjadi informasi tersebut kemudian

diteruskan kepada pengambil keputusan untuk perencanaan maupun pengambilan keputusan yang sifatnya segera. Pengambilan keputusan yang amat segera apabila terjadi peningkatan penyakit menular yang bermakna atau yang lebih dikenal dengan KLB.<sup>36)</sup>

Analisis data untuk mengetahui situasi kejadian penyakit di wilayah kerjanya dapat dilakukan melalui analisis kecenderungan data saat dibuat. Analisis data dapat dilakukan tiap hari pada saat membuat PWS, dapat dilakukan tiap seminggu sekali, tiap sebulan sekali bahkan satu tahun sekali setiap akhir tahun. Semakin lama waktu yang dilakukan untuk analisis maka kejadian KLB diketahui semakin terlambat. Analisis yang diharapkan dapat dilakukan setiap minggu sehingga kejadian KLB di ketahui tidak terlambat.

#### **5. Waktu rekap data**

Pelaksanaan rekap data dilakukan segera setelah data diterima akan lebih baik karena dapat meringankan beban kerja dan dapat berdampak untuk memberikan informasi situasi penyakit dengan cepat untuk segera dilakukan analisis sehingga KLB dapat diketahui segera. Waktu rekap data dapat dilaksanakan harian, mingguan dan bulanan.<sup>36)</sup>



## **BAB III**

### **KERANGKA TEORI, KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

#### **A. KERANGKA TEORI**

Pelaporan kejadian luar biasa (KLB) dilaksanakan setelah petugas mengetahui adanya indikasi peningkatan kasus penyakit menular maupun keracunan makanan dari hasil analisis PWS penyakit yang berasal dari pelayanan kesehatan oleh Puskesmas, laporan dari Rumah sakit, laporan Pustu, laporan bidan, laporan petugas kesehatan pada praktek swasta atau setelah mendapat laporan dari masyarakat. Laporan KLB disampaikan dengan menggunakan form W-1 dalam kurun waktu kurang dari 24 jam terhitung mulai petugas mengetahui KLB.

Dalam praktek penyampaian laporan KLB berhubungan dengan beberapa faktor sebagai berikut :

##### **1. Faktor petugas**

Ditinjau dari petugas beberapa faktor yang berhubungan dengan penyampain laporan setiap kejadian KLB meliputi beban kerja, faktor pendidikan, lama tugas, jenis kelamin, umur, lama menangani KLB, Status pelatihan surveilans epidemiologi dan frekwensi pelatihan surveilans epidemiologi yang berdampak pada tingkat pemahaman penentuan KLB

dan penentuan waktu mulainya lapor KLB. Disamping faktor-faktor tersebut juga terdapat faktor pengetahuan dan sikap.

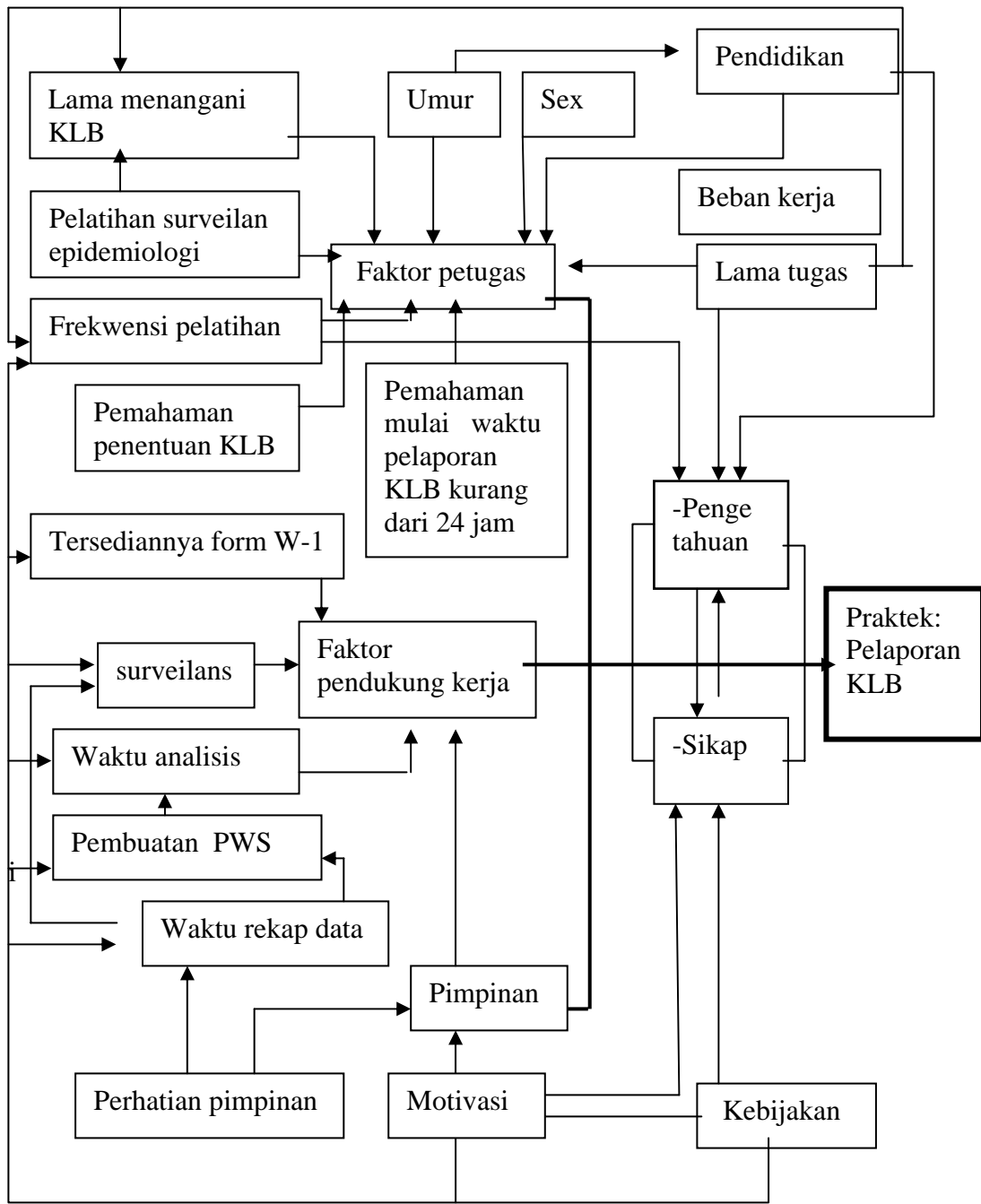
## 2. Faktor pimpinan

Faktor penting selain dari petugas yaitu faktor pimpinan yang meliputi motivasi pimpinan dan perhatian pimpinan kepada petugas serta faktor kebijakan pimpinan terhadap petugas dalam melaksanakan tugas program penanggulangan KLB.

## 3. Faktor pendukung kerja

Demi kelancaran dalam menjalankan tugas program sehingga setiap kejadian KLB dapat dilaporkan maka diperlukan form pelaporan yang resmi menurut aturan program dalam menyampaikan laporan yaitu Form W-1, kegiatan surveilans, ketentun waktu analisis PWS, pembuatan PWS dan waktu rekap data.

Kerangka teori yang menggambarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan dapat dilihat pada bagan 3.1 sebagai berikut :



**Bagan 3.1 : Kerangka teori penelitian Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB**

## **B. KERANGKA KONSEP**

Berdasarkan kerangka teori, dalam penelitian ini akan diteliti faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dimana yang seharusnya setiap kejadian KLB secara administrasi harus dilaporkan ke jajaran yang lebih atas dalam kurun waktu kurang dari 24 jam dari mulai petugas mengetahui KLB.

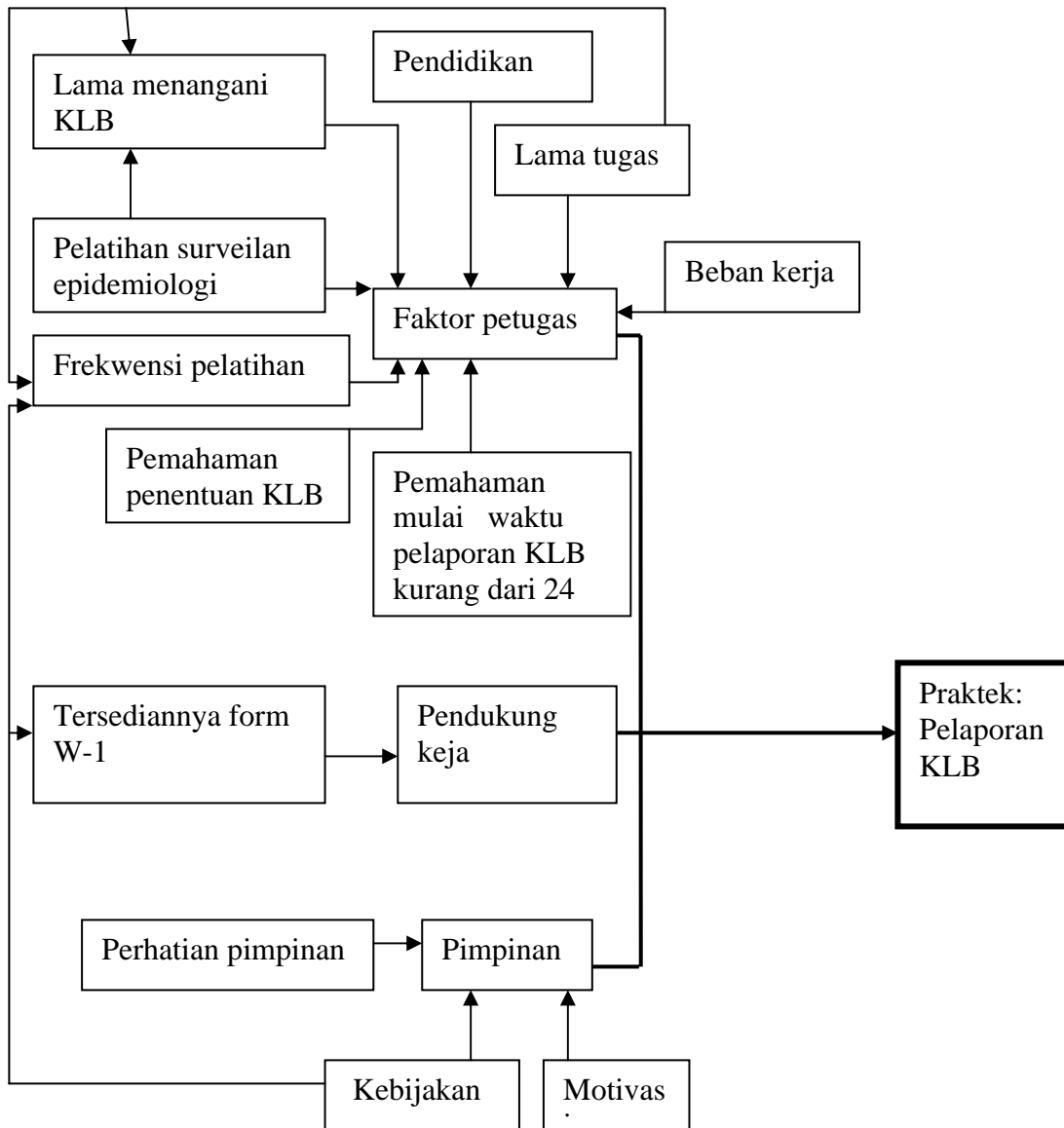
Kerangka konsep yang disusun dalam penelitian ini merupakan model yang berangkat dari teori perilaku (Green, dkk), yang difokuskan pada praktek pelaksanaan penyampaian laporan setiap terjadi KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota. Dalam kerangka teori dijabarkan bahwa praktek pelaporan setiap kejadian KLB dihubungkan oleh faktor petugas meliputi: Pendidikan, lama tugas menjadi pegawai, lama menangani program KLB, Pelatihan surveilans epidemiologi/ KLB yang pernah diikuti, frekwensi pelatihan, beban kerja, pemahaman penentuan KLB dan pemahaman penentuan waktu mulai lapor KLB, sedangkan faktor pendukung meliputi: ketersediaan form W-1, dan faktor pimpinan meliputi: perhatian pimpinan, kebijakan dan motivasi yang diberikan oleh pimpinan.

Pada penelitian ini, tidak semua faktor yang berhubungan terhadap keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB sebagaimana pada kerangka teori, mengingat keterbatasan penelitian, baik biaya, waktu dan tenaga. Faktor umur dan sex (jenis kelamin) tidak diteliti karena peneliti memandang bahwa tidak ada aturan yang mengatur dalam pembuatan

pelaporan KLB pada kelompok umur dan sex tertentu. Faktor pendukung diantaranya surveilan, waktu analisis, pembuatan PWS dan waktu rekap data tidak diteliti karena penelitian ini dibatasi pada pelaporan kejadian KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan.

Variabel lain yang tidak diteliti berupa pengetahuan dan Sikap, karena pada dasarnya petugas dalam bekerja kalau sudah mendapatkan perintah dari atasan akan mengerjakan dan berupaya untuk dapat melaksanakannya.

Faktor hubungan tersebut diatas yang diangkat untuk penelitian sebagai kerangka konsep yang sesuai dengan tujuan penelitian. Dapat dilihat pada bagan 3.2 berikut :



**Bagan 3.2 : Kerangka konsep penelitian Faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB**

### **C. HIPOTESIS PENELITIAN**

Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka, disusun hipotesis penelitian sebagai berikut:

1. Hipotesis mayor:

Faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam penyampaian laporan KLB, meliputi faktor petugas, pimpinan dan pendukung kerja.

2. Hipotesis minor :

a. Pendidikan petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.

b. Lama tugas dari petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.

c. Lama petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB menangani KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.

d. Pelatihan surveilans epidemiologi petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.

e. Frekwensi pelatihan surveilans epidemiologi petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB berhubungan

dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.

- f. Beban kerja (rangkap) petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB
- g. Motivasi kerja petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB
- h. Kebijakan pimpinan petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB
- i. Perhatian kepala Puskesmas kepada petugas koordinator P2M/Pembuat Laporan W-2/Pembuat laporan KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.
- j. Pemahaman petugas Puskesmas tentang penentuan waktu mulai pelaporan KLB disampaikan kurang dari 24 jam berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.
- k. Pemahaman petugas Puskesmas tentang penentuan KLB berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.
- l. Ketersediaan form W-1 berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB.



## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. DESAIN PENELITIAN**

Penelitian yang dilaksanakan merupakan desain penelitian observasional dengan rancangan studi Kohort varian/modifikasi jenis Nested case control, dimana studi ini secara harfiah terdapatnya bentuk studi Kasus kontrol yang bersarang di dalam rancangan penelitian kohort, peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel setelah studi kohort selesai.<sup>35,37)</sup> Dalam studi analitik ini penelitian mempelajari variabel dari subyek dengan efek yang positif berasal dari kelompok KLB yang dilaporkan terlambat sebagai kasus dan dari subyek yang tidak terkena efek berasal dari kelompok KLB yang dilaporkan tidak terlambat sebagai kontrol.<sup>37, 38, 39)</sup>

Studi kohort merupakan studi epidemiologi analitik non eksperimental yang mempelajari hubungan antar faktor risiko dengan efek atau penyakit. Model pendekatan yang digunakan adalah waktu secara longitudinal atau *time period approach*, dimana faktor risiko diidentifikasi terlebih dahulu, kemudian subyek diikuti sampai periode tertentu untuk melihat terjadinya efek atau penyakit yang diteliti pada kelompok subyek dengan faktor risiko dan pada kelompok tanpa faktor risiko.<sup>37, 40)</sup>

Pelaksanaan kegiatan program di Puskesmas yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kegiatan program penanggulangan KLB yang dilakukan oleh petugas Koordinator P2 dalam waktu mingguan pada tahun 2006 dan 2007 telah ditemukan adanya KLB di wilayah kerja Puskesmas kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota Semarang. Pelaporan KLB yang tidak tepat waktu sebagai kasus dan pelaporan KLB tepat waktu sebagai kontrol, hal ini yang dimaksud sebagai kohort.

Sesuai dengan tujuan penelitian untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang dan mendiskripsikan faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas tersebut.

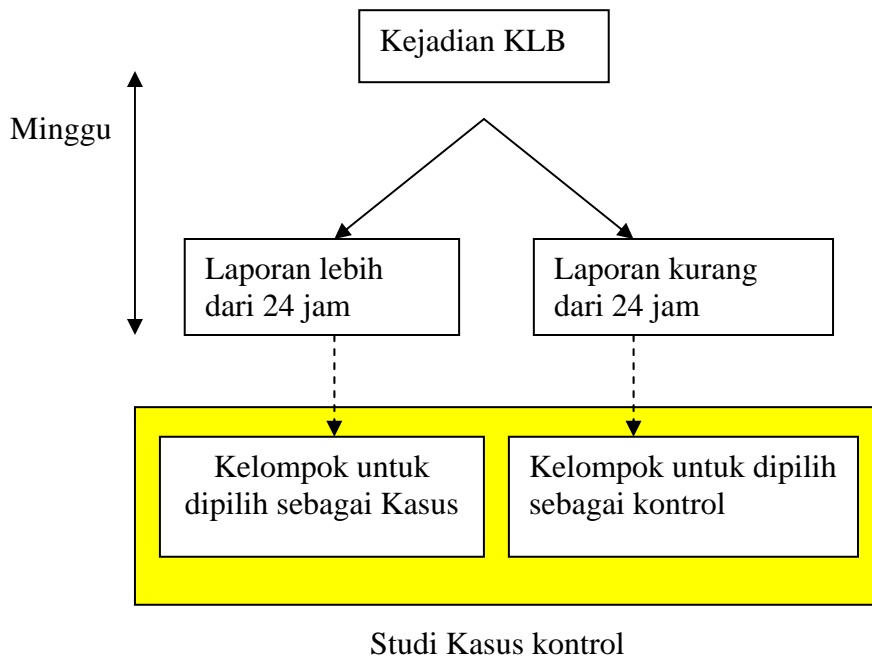
Kelemahan desain studi Kohort varian/modifikasi jenis Nested case control adalah apabila catatan kejadian KLB yang dilakukan oleh petugas hilang dan pengambilan sampel/wawancara hanya sesaat sering belum dapat menggambarkan keadaan yang sebenarnya.<sup>37)</sup>

Untuk meminimalkan kelemahan pada penelitian ini dilakukan beberapa upaya agar hasilnya lebih baik melalui cara:

1. Kuesioner dibahas dengan pakar untuk mendapatkan masukan sebagai penyempurnaan.
2. Uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner
3. Pelatihan observer untuk menyamakan persepsi pengisian kuesioner.
4. Petugas pengamat memahami program penanggulangan KLB

5. Penilaian tidak hanya berdasar informasi responden tetapi juga dilakukan cross cek melalui pengamatan dokumen yang ada.

Desain penelitian yang akan diterapkan seperti gambar 4.1 sebagai berikut:



Gambar : 4.1 Rancangan penelitian study nested case-control

Sumber : Gordis Leon. Epidemiology. Second Edition. W.B. Saunders Company. Copyright 2000 hal 153, modifikasi

Pendekatan dalam penelitian ini berupa kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif diterapkan untuk mengidentifikasi faktor risiko yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan KLB, sedangkan pendekatan kualitatif dinamakan naturalistic inguiri (inkuiri alamiah) yang akan dilakukan dengan wawancara mendalam dan fokus group diskusi ditujukan untuk menggali persepsi responden tentang penanggulangan KLB yang

dilakukan di Puskesmas dan arti pentingnya tertib administrasi pelaporan KLB. Pendekatan kuantitatif dan kualitatif diperlukan untuk menganalisis data agar bisa lebih komprehensif.<sup>41)</sup>

Teknik penelitian kualitatif (secara indep interviu dan fokus group diskusi) digunakan untuk memperoleh hal yang tersirat dari situasi atau masalah tertentu yang hanya sedikit kita ketahui sehingga dapat menjelaskan secara mendalam mengenai prosedur, kepercayaan dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan, disamping juga cocok untuk menggali alasan-alasan yang melatar belakangi perilaku dan masalah tertentu.<sup>42)</sup>

## **B. VARIABEL PENELITIAN**

Variabel dalam penelitian ini terdiri atas variabel terikat yaitu laporan KLB, dan variabel bebas meliputi :

1. Pendidikan
2. Lama tugas
3. Lama menangani KLB
4. Pelatihan surveilans epidemiologi
5. frekwensi pelatihan epidemiologi
6. Beban kerja
7. Motivasi kerja
8. Kebijakan
9. Perhatian kepala Puskesmas

10. Pemahaman petugas mulai penentuan waktu pelaporan KLB
11. Pemahaman petugas untuk penentuan KLB
12. Tersedianya form W-1

### **C. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN**

Penelitian ini di lakukan di seluruh Puskesmas yang terjadi KLB dalam wilayah Kota Semarang, sedangkan waktu penelitiannya pada semester IV/ awal tahun 2008.

### **D. DEFINISI OPERASIONAL**

Untuk menyamakan pemahaman terhadap variabel penelitian, perlu ditetapkan definisi operasional masing-masing variabel penelitian. Definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

#### 1. Variabel terikat

Keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan dengan skala nominal yaitu :

- a. Dengan nilai 1= tidak tepat waktu apa bila kejadian KLB dilaporkan lebih dari 24 jam semenjak petugas mengetahui adanya KLB
- b. Dengan nilai 2=tepat waktu apabila kejadian KLB dilaporkan kurang atau sama dengan 24 jam semenjak petugas mengetahui adanya KLB.

#### 2. Variabel bebas

Variabel bebas terdiri atas 12 variabel penelitian. Definisi operasional

masing-masing variabel beserta cara pengukuran, skala ukur dan pengkategorian variabel dapat dilihat pada tabe 4.1 sebagai berikut :

**Tabel 4.1**

**Definisi operasional, cara pengukuran dan pengkategorian serta skala variabel penelitian**

No	Variabel	Definisi operasional	Pengukuran	Kategori/ Satuan	Skala
1	Laporan KLB tepat waktu	Laporan KLB yang disampaikan dalam kurun waktu 24 jam melalui W-1, mulai mengetahui indikasi adanya KLB karena adanya laporan oleh masyarakat, hasil dari pelayanan pengobatan, dari hasil surveilans melalui analisis PWS. Memenuhi kriteria KLB.	Wawancara dan Observasi	3. ya, tepat waktu 4. tidak, tepat waktu	Nominal
2	Tingkat Pendidikan	Tingkat Pendidikan yang pernah diperoleh oleh petugas program p-2 / yang menangani/melaporkan KLB secara formal	wawancara	1. SMA (setingkat) 2. D-3 3. S-1 4. S-2 untuk analisis di kategori : 1. Dibawah d3 2. D3 keatas	Ordinal       Nominal
3	Lama tugas	Tenggang waktu petugas programer P2/yang menangani/melaporkan klb mulai dari capeg sampai dengan saat penelitian	wawancara	Dalam tahun  Untuk analisis dikategori	Rasio

		dilakukan diambil pada kelompok rata-rata petugas yang menyampaikan laporan KLB tepat.		kan ; 1. Rata-rata ke bawah 2. Diatas rata-rata	Nominal
4	Lama menanganinya KLB	Waktu petugas mulai disertai/ program P2/ menangani klb sampai dengan saat penelitian dilakukan diambil rata-rata pada kelompok yang lama tugasnya menyampaikan laporan KLB tepat.	wawancara	Dalam tahun  Untuk analisis dikategori: 1.Rata-rata ke bawah 2.Diatas rata-rata	Rasio  Nominal
5	Pelatihan survai lans epidemiologi	Pendidikan non formal/tehnis sesuai keampilannya pada lingkup surveilans epidemiologi	wawancara	1. Ya (pernah) 2. tidak pernah	nominal
6	Frekuensi pelatihan	Jumlah pelatihan epidemiologi yang pernah diikuti	wawancara	Dalam kali  Untuk analisis dikategori: 1. Sekali 2. Lebih 1 kali	Rasio  Nominal
7	Tugas rangkap	Tugas yang diberikan selain tugas pokok. lebih dari 1 program (merangkap)	wawancara	1. ya (merangkap) 2. tidak rangkap	nominal
8	Motivasi kerja	Nasehat-nasehat pimpinan, tunjangan atas tugasnya, kepada petugas dalam melakukan kegiatan rekap	wawancara	1. ada 2. tidak	nominal

		data, analisis dan melaporkan adanya indikasi KLB dengan segera sekurang-kurangnya sekali dalam setahun			
9	Kebijakan	Suatu perintah dari kepala Puskesmas bisa tertulis/tidak tertulis untuk tidak melaporkan adanya KLB	wawancara	1. ada 2. tidak ada	nominal
10	Perhatian kepala Puskesmas	Teguran, peringatan dari kepala/pimpinan puskesmas kepada pe tugas koordinator P2/ pengelola W-2/ KLB untuk melaporkan setiap KLB tepat waktu sekurang – kurangnya sekali dalam setahun	wawancara	1. ya (ada) 2. tidak ada	nominal
11	Pemahaman penentuan waktu mulai laporan KLB 24 jam	Pemahaman petugas Puskesmas tentang mulainya waktu kewajiban melaporkan kejadian KLB dalam kurun waktu kurang 24 jam dimulai dari petugas tahu adanya indikasi KLB, setidaknya 1 kriteria.	wawancara	1. paham 2. tidak paham	nominal
12	Pemahaman penentuan KLB	Pemahaman petugas Puskesmas untuk menentukan kriteria KLB	wawancara	1. Tidak Paham 2. Paham satu kriteria 3. paham dua kriteria 4. paham tiga kriteria	Ordinal



					untuk analisis dikategori:	
					1. Paham	Nominal
					2. tidak paham	
13	Tersedia Form w-1	Adalah tersedia dalam buku untuk melaporkan kejadian KLB (tidak harus menggan dakan ketika ada KLB)	form W-1 dalam bentuk melapor KLB	wawancara observasi	1. ya (ada) 2. tidak ada	nominal

#### E. HASIL VERIFIKASI

Sebelum dilakukan penelitian peneliti melakukan kegiatan verifikasi terhadap Kejadian Luar Biasa (KLB) yang terjadi di Kota Semarang selama tahun 2006 dan 2007 diperoleh hasil sebagai berikut :

1. KLB yang dilaporkan tepat waktu (kurang dari 24 jam) sebanyak 58 kejadian.
2. KLB yang dilaporkan tidak tepat waktu (lebih dari 24 jam) sebanyak 176 kejadian.
3. KLB yang tidak dilaporkan sebanyak 32 kejadian

#### F. POPULASI PENELITIAN

Populasi penelitian terdiri dari populasi kasus dan populasi kontrol yang selanjutnya diambil sebagai sampel, secara jelas seperti berikut:

1. Populasi referen : Semua kejadian KLB di Kota Semarang baik yang Dilaporkan tepat ataupun terlambat

a. Populasi kasus terdiri dari :

1). Populasi studi : Semua kejadian KLB di Kota Semarang yang dilaporkan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang dan tercatat pada laporan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang yang dilaporkan terlambat ( lebih dari 24 jam).

2). Kriteria inklusi kasus :

Kejadian Luar Biasa (KLB) yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas di Kota Semarang yang terdata pada buku catatan penderita penyakit menular yang dilaporkan tidak tepat waktu/terlambat (lebih dari 24 jam) ke Dinas Kesehatan Kota selama tahun 2006 dan 2007.

3). Kriteria eksklusi kasus

- Petugas pengelolanya sudah pindah tugas/mutasi ke Lokasi lain dan petugas baru tidak punya arsip.
- Data dan buku catatan KLB selama tahun 2006 dan 2007 telah hilang.
- Petugas tidak bersedia diwawancarai

b. Populasi kontrol terdiri dari :

1). Populasi studi : Semua kejadian KLB di Kota Semarang yang dilaporkan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan

Kota Semarang dan tercatat pada laporan Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang yang dilaporkan tepat waktu (kurang dari 24 jam).

2). Kriteria inklusi kasus :

Kejadian Luar Biasa (KLB) yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas di Kota Semarang yang terdata pada buku catatan penderita penyakit menular yang dilaporkan tepat waktu (kurang dari 24 jam) ke Dinas Kesehatan Kota selama tahun 2006 dan 2007.

3). Kriteria eksklusi kasus

- Petugas tidak bersedia diwawancarai
- Petugas tidak ada ditempat dan telah didatangi selama tiga kali tidak ketemu.

2. Sampel :

a. Besar sampel :

Bahwa penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota belum pernah dilakukan maka peneliti melakukan penelitian pendahuluan untuk mencari Odds Ratio sehingga perhitungan besar sampel dengan design *Nested case control* adalah sebagai berikut:

Pada penelitian ini peneliti menggunakan Rasio Odds (OR) sebagai perkiraan hasil yang diinginkan, sebagai berikut :

$$OR = \frac{P_1 \times (1-P_2)}{P_2 \times (1-P_1)}$$

$$P_2 = \frac{P_1}{OR(1-P_1)+P_1}$$

Dimana Jumlah sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{Z\alpha^2 [1 / (Q_1 P_1 + 1 / Q_2 P_2)]}{[\ln(1-e)]^2}$$

$$Q_1 = (1-P_1)$$

$$Q_2 = (1-P_2)$$

Keterangan :

$P_1$  = Perkiraan proporsi paparan pada kelompok kasus

$P_2$  = Perkiraan proporsi paparan pada kelompok kontrol

$e$  = Tingkat ketepatan relatif yang dikehendaki (10 %)

$\alpha$  = tingkat kemaknaan  $\alpha$  (1,96 untuk uji pada  $\alpha = 0,05$ )

Dari hasil survei pendahuluan dengan tingkat kepercayaan 95 % kekuatan 80 %, perkiraan proporsi terpapar sebesar 20 %. Telah diketahui OR nya dan hasil perhitungan jumlah sampel dapat dilihat pada tabel 4.2. sebagai berikut:

Tabel.4.2

**Perhitungan besar sampel dengan Odds Ratio**

No	Faktor resiko	Odds Ratio	N
1	Pendidikan petugas	4,88	52
2	Lama tugas	4,33	53
3	Lama menangani KLB	5,57	49
4	Pelatihan epidemiologi	7,36	48
5	Frekwensi Pelatihan epid	3,85	54
6	Beban kerja	7,36	48
7	Motivasi kerja	13,5	45
8	Kebijakan	2,85	57
9	Perhatian Kepala Pusk	6	51
10	Pemahaman waktu lapor	4,50	52
11	Pemahaman penentuan KLB	10,23	45
12	Tersedianya form W-1	17	43

Berdasarkan tabel 1. diatas diperoleh jumlah sampel sebanyak 57, tetapi karena jumlah kontrol yang tersedia sebanyak 58 sampel maka jumlah sampel ditetapkan total populasi kontrol sebanyak 58 maka semua diambil. Sehingga ditetapkan bahwa Kasus dan Kontrol dengan perbandingan 1 : 1 maka ditetapkan masing-masing 58 kasus : 58 kontrol pada Kejadian Luar Biasa (KLB) selama tahun 2006 dan 2007

- b. Sampel kasus : KLB yang dilaporkan terlambat dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi kasus dan terpilih untuk diteliti.
- c. Cara pengambilan sampel kasus : dari data kejadian KLB tahun 2006 dan 2007 yang dilaporkan terlambat, hasil verifikasi diambil secara sistemik random sampling terhadap sebanyak 58 KLB
- d. Sampel Kontrol : KLB yang dilaporkan tidak terlambat dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi kasus.

- e. Teknik pengambilan sampel pada kontrol bahwa dari hasil perhitungan besar sampel minimal 57 sedangkan kejadian KLB yang dilaporkan tepat 58 maka semuanya diambil sebagai kontrol

## **G. CARA KERJA**

Petugas Puskesmas yang memegang program P2M (koordinator W-2)/ yang menangani Program KLB tentang kejadian KLB yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas, di wawancarai dengan form terstruktur yang dipersiapkan sebelumnya. Form tersebut sebagai pedoman untuk mengambil data yang sebenarnya dilakukan di Puskesmas menurut kejadian KLBnya. Untuk memahami dan menggali terhadap kejadian luar biasa di wilayah kerja Puskesmas, petugas Puskesmas mengisi data kejadian KLB yang sebenarnya terjadi serta form PWS mingguan selama tahun 2006 dan 2007 dari berbagai jenis penyakit menular yang potensi dapat menimbulkan KLB pada wilayah kerja yang paling banyak berobat di Puskesmas maupun sarana kesehatan lain di wilayah Kota Semarang sebagai langkah untuk menjaring kejadian KLB yang sebenarnya terjadi dan menggali faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan ke Dinas Kesehatan Kota pada setiap kejadian KLB.

## **H. PENGUMPULAN DATA**

Data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas data primer dan data sekunder.

1. Data Primer :

Pengumpulan data primer dilakukan dengan cara wawancara, observasi dan pengukuran.<sup>43)</sup> Data primer untuk mengetahui faktor-faktor hubungan yang berkaitan terhadap keterlambatan penyampaian laporan Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular yang terjadi di Puskesmas dengan menggunakan kuisioner terstruktur untuk melakukan wawancara secara langsung dengan petugas koordinator P2M Puskesmas menurut kejadian KLB baik yang dilaporkan tepat waktu maupun tidak dilaporkan oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan di Kota Semarang.

Sebagai instrument pengumpulan data primer digunakan kuisioner yang berisi daftar pertanyaan tertutup dan terbuka. Kuisioner ditujukan kepada semua responden tentang identitas responden, diklat petugas Puskesmas yang memegang program P2m (koordinator W-2)/yang menangani Program KLB, Surveilans, form rekap KLB, pendapat petugas sekitar KLB, pembinaan petugas dari atasan untuk setiap kejadian KLB.

2. Data sekunder

Data sekunder digunakan sebagai data penunjang dan pelengkap dari data primer yang ada relevansinya dengan penelitian.<sup>43)</sup> Data sekunder berupa penetapan subyek penelitian serta data lain yang diperlukan diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Puskesmas

## **I. MANAJEMEN DAN ANALISIS DATA**

Data dianalisis dan diinterpretasi dengan program SPSS for Windows versi 11.5 Reliase untuk mengetahui besar hubungan:

### **1. Pengolahan data :**

Prinsip pengolahan data dari kuisisioner yang telah dikumpulkan melalui langkah-langkah sebagai berikut:

a. Koding (pemberian kode jawaban):

Mengklasifikasikan jawaban responden menurut macamnya dengan cara menandai masing-masing jawaban dengan tanda koding tertentu.

b. Editing (Pengecekan data dari kuisisioner yang telah diisi) :

Meneliti kembali kelengkapan pengisian, kejelasan tulisan, kejelasan makna jawaban, konstan dan kesetujuan jawaban satu sama lain, relevansi jawaban dan keseragaman satuan data.

c. Tabulasi (Pembuatan tabel dan penentuan variabel yang akan dianalisis :

Mengelompokkan data dengan tujuan penelitian, kemudian dimasukkan dalam tabel yang sudah disiapkan, setiap daftar pertanyaan yang sudah terisi diberi kategori sesuai dengan jumlah pertanyaan pada kuisisioner.<sup>44)</sup>

Langkah yang termasuk dalam tabulasi antara lain :

- 1). Memberi skor item yang perlu diberi skor, memberikan kode terhadap item-item yang tidak diberi skor.



2). Mengubah jenis data, disesuaikan dengan teknik analisis yang akan digunakan.

d. Pemasukan data Komputer:

Langkah selanjutnya adalah memasukkan data-data yang telah tersedia kedalam komputer sebaiknya dengan kode dan angka, karena perangkat lunak akan dapat melakukan pengujian data bila data tersebut dalam bentuk angka.

e. Pembersihan data dari proses entri data:

Data yang dikumpulkan dalam waktu survey harus dimasukkan ke dalam komputer. Akurasi data harus diperhatikan dalam proses pemasukan data dengan memanfaatkan fasilitas-fasilitas yang ada dalam perangkat lunak statistic, kesalahan dalam proses entri sangat mungkin sehingga perlu ketelitian<sup>45)</sup>

Untuk membersihkan kemungkinan kesalahan pada saat entry data dari beberapa kemungkinan :

- a). Salah baca terhadap jawaban
- b). Membaca sudah benar tetapi memasukkannya salah
- c). Konsistensi jawaban responden.

## **2. Analisis data :**

Analisis data merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui

hubungan antara variabel bebas terhadap variabel terikat seperti dalam kerangka konsep.

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi analisis kuantitatif yang dimaksudkan untuk mengolah dan mengorganisasikan data, serta menemukan hasil yang dapat dibaca dan dapat diinterpretasikan.

Adapun teknik analisis data yang digunakan adalah :

**a. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan masing-masing faktor terhadap keterlambatan penyampaian Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular dan antara masing-masing variabel independent. Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji Chi Square ( $\chi^2$ ) untuk mengetahui hubungan setiap variabel bebas dengan variabel terikat. Untuk menginterpretasikan besar hubungan dinyatakan dengan **Odds Rasio (OR)** dengan menggunakan Confiden Interval (CI) sebesar 95 %. Sedangkan untuk mengetahui berapa besar kekuatan hubungan dengan menggunakan koefisien korelasi Pearson ( $r$ ), dimana dianggap baik apabila ( $r > 0,8$ ), sedang (0,6-0,79), lemah (0,4-0,59), dan sangat lemah ( $<0,4$ ) (menurut Sastroasmoro Sudigdo & Ismaiel Sofyan).<sup>37)</sup>

**b. Analisis Multivariat**

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui atau melihat hubungan satu variabel terikat dengan beberapa variabel bebas dalam rangka mencari

variabel bebas yang potensial atau yang paling berhubungan terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji statistic regresi logistic

#### **K. Hasil Uji reliabilitas dan validitas**

1. Uji reliabilitas dalam penelitian ini ditujukan pada variabel yang bersifat subyektif, jawaban sepenuhnya diserahkan responden. Variabel yang dilakukan uji reliabilitas adalah Motivasi dari pimpinan, kebijakan dari pimpinan dan perhatian dari pimpinan hasil uji dilakukan terhadap 20 responden dengan hasil bahwa  $r$  tabel (0,444) lebih kecil dibanding alpha (0,5127) sehingga reliabilitasnya baik, sedangkan validitas ditetapkan bahwa  $r$  hitung lebih besar dari pada  $r$  tabel.<sup>46)</sup> Hasil yang diperoleh  $r$  tabel dari total sampel 20 responden diperoleh angka 0,444, sedangkan hasil perhitungan dari variabel yang diukur menunjukkan bahwa  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel (0,444) sehingga variabel tersebut dinyatakan valid. Hasil  $r$  hitung sebagai berikut:

Tabel 4.3

#### **Hasil uji reliabilitas**

No	variabel	Hasil perhitungan
1	Motivasi pimpinan	0,6104
2	Kebijakan pimpinan	0,4989
3	Perhatian pimpinan	0,6037



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### A. Gambaran umum lokasi penelitian

##### 1. Geografis dan demografis

Kota Semarang merupakan daerah perkotaan yang mempunyai wilayah dengan luas 373,7 km<sup>2</sup> terbagi dalam 16 kecamatan dan 177 kelurahan, dengan batas wilayah :

- a. Sebelah barat : Kabupaten Kendal
- b. Sebelah timur : Kabupaten Demak
- c. Sebelah selatan : Kabupaten Ungaran
- d. Sebelah utara : Laut Jawa

Jumlah penduduk kota Semarang menurut data sampai dengan Desember 2006 sebanyak 1.434.132 jiwa, terdiri dari 711.760 jiwa penduduk laki-laki dan 722.372 jiwa penduduk perempuan. Kota Semarang termasuk dalam 5 besar kabupaten/kota dengan jumlah penduduk terbesar di Jawa Tengah.

##### 2. Sarana pelayanan Kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan di Kota Semarang tergolong cukup banyak yang terdiri dari Rumah Sakit baik milik Pemerintah maupun swasta. Selain Rumah sakit juga terdapat sarana pelayanan berupa rumah bersalin, Puskesmas baik dengan perawatan maupun tanpa perawatan, Puskesmas

Pembantu dan Klinik spesialis. Secara jelas dapat diuraikan pada tabel 5.1 berikut ini :

**Tabel 5.1**

**Jenis sarana pelayanan kesehatan yang terdapat di Kota Semarang Sampai dengan tahun 2007**

No	Jenis Sarana pelayanan kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum	
	a. Rumah Sakit Swasta	8
	b. Rumah Sakit Umum daerah	2
	c. Rumah Sakit Umum Pusat	1
	d. Rumah Sakit TNI/Polri	3
	e. Rumah Sakit Khusus:	
	- Rumah Sakit ibu & anak (RSIA)	4
	- Rumah Sakit Bersalin (RSB)	4
2	Rumah Bersalin (RB)/BKIA	23
3	Puskesmas terdiri dari :	
	a. Puskesmas Perawatan	25
	b. Puskesmas non Perawatan	12
	c. Puskesmas Pembantu	32
4	Klinik spesialis	21
	Jumlah	132

Sumber : Profil Kesehatan Kota Semarang 2006

### 3. Hasil pelaksanaan kegiatan penanggulangan KLB

Laporan kegiatan program menunjukkan bahwa kejadian penanggulangan KLB selama tahun 2005 sampai dengan 2007 yang dilaporkan tergolong masih sedikit dibanding kejadian sebenarnya, sedangkan dari total yang dilaporkan sebagian tidak tepat waktu sehingga tindak lanjut dilapangan oleh keikut sertaan Dinas kesehatan Kota menjadi terlambat yang berdampak terjadi transmisi ke orang lain. Kecenderungan

Puskesmas melaporkan tepat waktu setiap ada KLB ke Dinas Kesehatan Kota selama tiga tahun belakangan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2007 meningkat tertinggi tahun 2007 sebesar 29,5 %, sedangkan kejadian KLB yang tidak dilaporkan berbanding terbalik yaitu semakin menurun, demikian juga KLB yang dilaporkan tetapi tidak tepat waktu tahun 2006 sebesar 71,8 %, tahun 2007 sebesar 60,9 % terlihat menurun. Secara jelas dapat dilihat pada tabel 5.2 berikut:

**Tabel 5.2**

**Frekwensi kejadian KLB di Kota Semarang  
tahun 2005 sampai dengan tahun 2007**

No	Tahun	Kejadian KLB	Total kejadian	%
1	Tahun 2005	KLB tidak dilaporkan	60	62,5
		KLB dilaporkan tepat waktu	5	5,2
		KLB dilaporkan tidak tepat waktu	31	32,3
2	Tahun 2006	KLB tidak dilaporkan	20	12,6
		KLB dilaporkan tepat waktu	27	17,3
		KLB dilaporkan tidak tepat waktu	112	71,8
3	Tahun 2007	KLB tidak dilaporkan	12	9,5
		KLB dilaporkan tepat waktu	31	29,5
		KLB dilaporkan tidak tepat waktu	64	60,9

Sumber : data Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota 2006 – 2007

#### **4. Visi dan Misi**

Untuk menentukan arah pembangunan yang ingin dicapai perlu disusun visi dan misi. Visi pembangunan kesehatan Kota Semarang adalah “Terwujudnya masyarakat kota metropolitan yang sehat disukung dengan profesionalisme dan kinerja yang tinggi”. Untuk mencapai visi tersebut telah ditetapkan misi yang harus diikuti oleh seluruh jajaran petugas kesehatan di masing-masing jenjang administrasi, adapun misinya adalah :

- a. Memberikan perlindungan kesehatan dan memberi pelayanan kesehatan paripurna yang terbaik kepada seluruh lapisan masyarakat agar tercapai derajat kesehatan kesehatan yang optimal.
- b. Melibatkan peran serta masyarakat melalui upaya di bidang kesehatan dengan cara efektif dan efisien.

#### **B. Hasil analisis bivariat**

Analisis bivariat dalam penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui hubungan dan besarnya nilai Odds Ratio (OR)/variabel independen secara mandiri. Pada analisis bivariat menggunakan uji statistik chi-square dengan tingkat kemaknaan 95 %. Adanya hubungan antara faktor risiko dengan terlambatnya penyampaian laporan Kejadian Luar Biasa (KLB) dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang selama tahun 2006 dan 2007 dengan nilai  $p < 0,05$ , dan nilai  $OR > 1$ , dapat dijelaskan sebagai berikut :



## 1. Faktor risiko pendidikan

Berdasarkan faktor risiko pendidikan dikelompokkan menjadi 2 (dua) kelompok tingkat pendidikan, yaitu kelompok tingkat pendidikan setara SMA dan pendidikan D-3 keatas. Proporsi kelompok tingkat pendidikan setara SMA pada kasus (62,1%) lebih tinggi dibanding kontrol (46,6 %), Pendidikan D-3 keatas pada kelompok kasus sebesar 37,9 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 53,4 %.

Hasil analisis statistik OR = 1,88 (95 % CI = 0,89 – 3,94) nilai p= 0,093 secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai p> 0,05). Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.3**  
**Distribusi penyampaian laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko pendidikan pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status pendidikan	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Setara SMA	36	62,1	27	46,6	1,88 (0,89 – 3,94)	0,093
D3 ke atas	22	37,9	31	53,4		
Total	58	100	58	100		

## 2. Faktor risiko lama tugas

Rerata lama tugas pada kelompok yang menyampaikan laporan KLB terlambat adalah  $13,69 \pm 1,87$  tahun, sedangkan rerata lama tugas pada

kelompok yang menyampaikan laporan KLB tepat waktu adalah  $14,21 \pm 1,82$  tahun. Ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata lama tugas pada kelompok yang menyampaikan laporan KLB terlambat dan kelompok yang menyampaikan laporan KLB tepat waktu dimana semakin lama tugas dari petugas akan semakin tepat waktu dalam menyampaikan laporan setiap kejadian KLB.

Berdasarkan faktor risiko lama tugas baik kasus maupun kontrol setelah dicari rata-rata lama tugas dari yang melaporkan KLB tepat yaitu 14 tahun, lama bertugas dihitung dari mulai diangkat menjadi capeg sampai dengan sekarang, yaitu kelompok lama tugas kurang/sama dengan 14 tahun dan lebih dari 14 tahun. Proporsi kelompok lama tugas kurang/ sama dengan 14 tahun (62,1%) lebih tinggi dibanding kontrol (41,4 %), lama tugas lebih dari 14 tahun pada kelompok kasus sebesar 37,9 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 58,6 %.

Hasil analisis statistik  $OR = 2,32$  (95 %  $CI = 1,10 - 4,88$ ) nilai  $p = 0,026$  secara statistik ada hubungan yang bermakna, menunjukkan bahwa keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai  $p < 0,05$ ), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.4**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko lama tugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status Lama tugas	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
≤ 14 th	36	62,1	24	41,4	2,32	0,026
> 14 th	22	37,9	34	58,6	(1,10 – 4,88)	
Total	58	100	58	100		

### 3. Faktor risiko lama menangani KLB

Rerata lama menangani KLB pada kelompok yang menyampaikan laporan KLB terlambat adalah  $6,31 \pm 1,42$  tahun, sedangkan rerata lama menangani KLB pada kelompok yang menyampaikan laporan KLB tepat waktu adalah  $6,05 \pm 1,07$  tahun. Ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata lama menangani KLB pada kelompok yang menyampaikan laporan KLB terlambat dan kelompok yang menyampaikan laporan KLB tepat waktu, dimana semakin lama dalam menangani kegiatan KLB akan semakin terlambat dalam menyampaikan laporan KLB.

Rata-rata petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB dari Puskesmas yang ada diwilayah Kota Semarang diambil pada rata-rata yang menyampaikan laporan KLB tidak terlambat yaitu 6 tahun.

Berdasarkan faktor risiko lama menangani KLB dikelompokkan menjadi 2 (dua) kelompok yang lama menangani KLB kurang atau sama dengan 6 tahun dengan lebih dari 6 tahun. Proporsi kelompok lama tugas kurang dari atau

sama dengan 6 tahun 41,4 % lebih rendah dibanding kontrol (82,8 %), lama menangani KLB lebih dari 6 pada kelompok kasus sebesar 58,6 % lebih tinggi dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 17,2 %.

Hasil analisis statistik OR = 6,80 (95 % CI = 2,88 – 16,04) nilai p= 0,001 secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai p< 0,05), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.5**  
**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko lama menangani KLB pada program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status Lama menangani KLB	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Lebih 6 tahun	34	58,6	10	17,2	6,80	0,0001
≤ 6 tahun	24	41,4	48	82,8	(2,88 – 16,04)	
Total	58	100	58	100		

#### 4. Faktor risiko status tidak mengikuti pelatihan survailans epidemiologi

Berdasarkan faktor risiko status tidak mengikuti pelatihan survailans epidemiologi dikelompokkan menjadi 2 (dua) kelompok yang tidak pernah mengikuti pelatihan dan telah mengikuti pelatihan. Proporsi kelompok kasus yang tidak pernah mengikuti pelatihan sebesar 84,5 % lebih tinggi dibanding kontrol (58,6 %), sedangkan proporsi yang pernah mengikuti pelatihan pada kelompok kasus sebesar 15,5 % lebih rendah dibanding pada

kelompok Kontrol sebesar 41,4 %.

Hasil analisis statistik OR = 3,84 (95 % CI = 1,59 – 9,28) nilai p= 0,002 secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai p< 0,05), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.6**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko status mengikuti pelatihan survailans epidemiologi oleh program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status Pelatihan SE	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Tidak latihan SE	49	84,5	34	58,6	3,84 (1,59 – 9,28)	0,002
Latihan SE	9	15,5	24	41,4		
Total	58	100	58	100		

## **5. Faktor risiko frekwensi mengikuti pelatihan epidemiologi**

Berdasarkan faktor risiko frekwensi mengikuti pelatihan epidemiologi dikelompokkan menjadi 2 (dua) kelompok dengan frekwensi 1 kali dan frekwensi lebih dari satu kali. Proporsi kelompok dengan frekwensi pelatihan 1 kali 44,4 % lebih tinggi dibanding kontrol (37,5 %), sedangkan frekwensi pelatihan lebih dari 1 kali pada kelompok kasus sebesar 55,6 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 62,5 %.

Hasil analisis statistik OR = 1,33 (95 % CI = 0,28 – 6,30) nilai p= 1 secara statistik tidak ada hubungan yang bermakna, menunjukkan bahwa keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai p> 0,05), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.7**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko frekwensi mengikuti pelatihan epidemiologi oleh petugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status Frekwensi pelatihan	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
1 kali	4	44,4	9	37,5	1,333	1
>1kl	5	55,6	15	62,5	(0,282 – 6,30)	
Total	9	100	24	100		

## 6. Faktor risiko beban kerja petugas/tugas rangkap

Berdasarkan faktor risiko beban kerja/tugas rangkap dibedakan menjadi 2 (dua) kelompok yaitu tugas rangkap dan tugas tidak rangkap. Proporsi kelompok dengan tugas rangkap 84,5 % lebih tinggi dibanding kontrol (62,1 %), sedangkan tugas tidak rangkap pada kelompok kasus sebesar 15,5 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 37,9%.

Hasil analisis statistik OR = 3,33 (95 % CI = 1,37 – 8,08) nilai p= 0,006 secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan

penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai  $p < 0,05$ ), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.8**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko tugas rangkap petugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status Beban kerja	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Tugas rangkap	49	84,5	36	62,1	3,33	0,006
Tidak rangkap	9	15,5	22	37,9	(1,37 – 8,08)	
Total	58	100	58	100		

## 7. Faktor risiko tidak ada motivasi kerja

Berdasarkan faktor risiko tidak ada motivasi kerja dibedakan menjadi 2 (dua) kelompok yaitu tidak ada motivasi dan adanya motivasi. Proporsi kelompok dengan tidak ada motivasi pada kasus 75,9 % lebih tinggi dibanding kontrol (32,8 %), sedangkan yang ada motivasi pada kelompok kasus sebesar 24,1 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 67,2 %.

Hasil analisis statistik  $OR = 6,45$  (95 % CI = 2,86 – 14,56) nilai  $p = 0,001$  secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai  $p < 0,05$ ), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.9**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko tidak ada motivasi kerja petugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status tidak ada motivasi	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Tidak ada motivasi	44	75,9	19	32,8	6,45 (2,86 – 14,56)	0,001
Ada motivasi	14	24,1	39	67,2		
Total	58	100	58	100		

#### **8. Faktor risiko ada kebijakan pimpinan**

Berdasarkan faktor risiko ada kebijakan pimpinan dibedakan menjadi 2 (dua) kelompok yaitu tidak ada kebijakan pimpinan dan adanya kebijakan pimpinan. Proporsi kelompok dengan tidak ada kebijakan pimpinan pada kasus 41,4 % lebih rendah dibanding kontrol (63,8 %), sedangkan yang ada kebijakan pimpinan pada kelompok kasus sebesar 58,6 % lebih tinggi dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 36,2 %.

Hasil analisis statistik  $OR = 2,5$  (95 % CI = 1,18 – 5,28) nilai  $p = 0,016$  secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai  $p < 0,05$ ), Secara jelas pada tabel berikut:



**Tabel 5.10**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko adanya kebijakan pimpinan yang dapat mempengaruhi petugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status adanya kebijakan	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Ada kebijakan	34	58,6	21	36,2	2,5 (1,18 – 5,28)	0,016
Tidak ada kebijakan	24	41,4	37	63,8		
Total	58	100	58	100		

#### **9. Faktor tidak ada perhatian pimpinan**

Berdasarkan faktor tidak ada perhatian pimpinan dibedakan menjadi 2 (dua) kelompok yaitu tidak ada perhatian pimpinan dan adanya perhatian pimpinan. Proporsi kelompok dengan tidak ada perhatian pimpinan pada kasus 69 % lebih tinggi dibanding kontrol (22,4 %), sedangkan yang ada perhatian pimpinan pada kelompok kasus sebesar 31 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 77,6 %.

Hasil analisis statistik OR = 7,69 (95 % CI = 3,351 – 17,66) nilai p= 0,001 secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai p< 0,05), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.11**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko perhatian pimpinan kepada KLB/ petugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status perhatian pimpinan		Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
		Terlambat		Tidak			
		n	%	n	%		
Tidak perhatian	ada	40	69	13	22,4	7,69 (3,35 – 17,66)	0,0001
Ada perhatian		18	31	45	77,6		
Total		58	100	58	100		

#### **10. Faktor pemahaman petugas mulai penentuan waktu pelaporan KLB**

Berdasarkan faktor pemahaman petugas mulai penentuan waktu pelaporan KLB dibedakan dikelompokkan menjadi 2 (dua) kelompok yaitu tidak paham waktu mulai penentuan pelaporan KLB dan paham waktu mulai penentuan pelaporan KLB. Proporsi kelompok dengan tidak paham waktu mulai penentuan pelaporan KLB pada kasus 77,6 % lebih tinggi dibanding kontrol (37,9 %), sedangkan yang paham waktu mulai penentuan pelaporan KLB pada kelompok kasus sebesar 22,4 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 62,1 %.

Hasil analisis statistik OR = 5,66 (95 % CI = 2,51 – 12,78) nilai p= 0,001 secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai p< 0,05), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.12**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko pemahaman penentuan waktu pelaporan KLB oleh petugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status pemahaman waktu	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Tidak paham	45	77,6	22	37,9	5,66 (2,51 – 12,78)	0,001
Paham	13	22,4	36	62,1		
Total	58	100	58	100		

#### **11. Faktor tidak paham penentuan KLB**

Berdasarkan faktor tidak paham petugas untuk penentuan KLB dibedakan menjadi 2 (dua) kelompok yaitu tidak paham untuk penentuan KLB dan paham untuk penentuan KLB. Proporsi kelompok dengan tidak paham untuk penentuan KLB pada kasus 87,9 % lebih tinggi dibanding kontrol (39,7 %), sedangkan yang paham untuk penentuan KLB pada kelompok kasus sebesar 12,1 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 60,3 %.

Hasil analisis statistik OR = 11,09 (95 % CI = 4,29 – 28,64) nilai p= 0,001 secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai p< 0,05), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.13**

**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko tidak paham penentuan KLB dari petugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status paham penentuan KLB	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Tidak paham	51	87,9	23	39,7	11,09 (4,29 – 28,64)	0,001
Paham	7	12,1	35	60,3		
Total	58	100	58	100		

## 12. Faktor tidak tersediannya form W-1 di Puskesmas

Berdasarkan faktor tidak tersediannya form W-1 di Puskesmas dibedakan menjadi 2 (dua) kelompok yaitu tidak tersediannya form W-1 di Puskesmas dan tersediannya form W-1 di Puskesmas. Proporsi kelompok dengan tidak tersediannya form W-1 di Puskesmas pada kasus 56,9 % lebih tinggi dibanding kontrol (25,9 %), sedangkan yang tersediannya form W-1 di Puskesmas pada kelompok kasus sebesar 43,1 % lebih rendah dibanding pada kelompok Kontrol sebesar 74,1 %.

Hasil analisis statistik OR = 3,78 (95 % CI = 1,73 – 8,29) nilai p= 0,001 secara statistik ada hubungan yang bermakna dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang oleh petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB (nilai p< 0,05), Secara jelas pada tabel berikut:

**Tabel 5.14**  
**Distribusi menyampaikan laporan KLB tidak tepat berdasarkan faktor risiko tidak tersedia form W-1 dari petugas program/yang menangani/melaporkan KLB**

Status Tidak ada W-1	Kategori Responden				Odds ratio (95 % CI)	Nilai p
	Terlambat		Tidak			
	n	%	n	%		
Tidak ada form W-1	33	56,9	15	25,9	3,78 (1,73 – 8,29)	0,001
Ada form W-1	25	43,1	43	74,1		
Total	58	100	58	100		

Secara keseluruhan dari 12 variabel faktor risiko yang diteliti terdapat 10 faktor risiko yang berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang. Rangkuman hasil uji statistik terhadap 12 faktor risiko dapat dilihat pada tabel 5.15 sebagai berikut :

**Tabel 5.15**  
**Rekapitulasi hasil analisis bivariat variabel yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan (studi di Kota Semarang)**

No	Variabel	OR	95 % CI	Nilai p
1	Pendidikan < D-3	1,88	0,89 – 3,94	0,093
2	Lama tugas ≤ 14 th	2,32	1,10 – 4,88	0,026
3	Lama menangani KLB > 6 th	6,8	2,88 – 16,05	0,0001
4	Tidak latihan survailans	3,84	1,59 – 9,29	0,002
5	Frekwensi pelatihan 1 kali	1,33	0,28 – 6,30	1,0
6	Tidak paham KLB	11,09	4,29 – 28,64	0,0001
7	Tidak paham jam mulai lapor s/d ≤24 jam	5,14	2,31 – 11,47	0,0001

8	Tidak ada W-1	3,78	1,73 – 8,29	0,001
9	Tugas rangkap	2,87	1,17 – 7,00	0,02
10	Ada Kebijakan	2,91	1,36 – 6,20	0,05
11	Tidak ada perhatian	6,33	2,83 – 14,19	0,0001
12	Tidak ada motivasi	6,45	2,86 – 14,56	0,0001

Dari 12 variabel diteliti yang dapat dilanjutkan pada analisis multivariat sebanyak 11 variabel karena  $p < 0,25$ , sedangkan 1 variabel yang tidak masuk yaitu variabel frekwensi pelatihan.

### C. Hasil Analisis multivariat

Variabel yang dimasukkan ke dalam analisis multivariat adalah variabel yang secara teori diduga berhubungan dengan keterlambatan petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB menyampaikan laporan kejadian KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota, dengan nilai  $p \leq 0,25$  berdasarkan hasil analisis bivariat. Variabel bebas yang mempunyai nilai  $p < 0,25$  dapat dijadikan variabel terpilih untuk analisis multivariat.

Variabel bebas yang terpilih adalah semua variabel bebas, sedangkan analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik dengan metoda Backward Stepwise. Dari proses yang dilakukan ada 7 variabel model akhir variabel bebas yang signifikan berpengaruh terhadap keterlambatan petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB menyampaikan laporan KLB. Hasil tersebut seperti tabel berikut :

**Tabel 5.16**

**Hasil analisis model akhir logistik**  
**Faktor yang berhubungan dengan ketarlambatan Petugas pemegang**  
**program/yang menangani/melaporkan KLB dalam menyampaikan laporan**  
**KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota**

No	Variabel	B	OR	95% CI	Nilai p
1	Lama tugas <14 th	1,36	3,91	1,08 – 14,14	0,038
2	Lama menangani KLB > 6 th	1,34	4,68	1,29 – 18,88	0,018
3	Tidak paham jam mulai lapor KLB	1,79	5,96	1,70– 20,87	0,005
4	Tugas rangkap	1,77	5,89	1,35 – 25,79	0,018
5	Tidak ada W-1 di Puskesmas	1,66	5,23	1,38 – 19,79	0,015
6	Tidak ada motivasi dari pimpinan	1,27	7,92	1,24 – 27,97	0,001
7	Tidak ada perhatian dari pimpinan	1,78	5,95	1,77 – 20,02	0,004

#### D. Menyusun persamaan regresi logistik

Hasil analisis multivariat menghasilkan model prediksi dengan persamaan regresi logistik dengan probabilitas sebagai berikut:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,71^{-[-9,33 + 1,364 + 1,344 + 1,785 + 1,774 + 1,655 + 1,270 + 1,783]}}$$

$$p = 83,8 \%$$

Dari persamaan regresi logistik, bisa diartikan bahwa petugas yang lama bekerja kurang dari 15 tahun, menangani KLB lebih dari 7 tahun, tidak memahami arti dari mulainya jam untuk melaporkan KLB, tidak tersedia W-1 di Puskesmas, adanya tugas rangkap, tidak ada motivasi dari atasan, tidak ada perhatian dari atasan mempunyai probabilitas atau resiko terlambat menyampaikan laporan kejadian KLB sebesar 83,8 %.

Berikut ini penghitungan probabilitas keterlambatan petugas dalam penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan dari beberapa kombinasi faktor yang berhubungan :

Tabel 5.17

**Perhitungan probabilitas  
keterlambatan petugas dalam penyampaian laporan KLB dari beberapa  
faktor kombinasi yang berhubungan**

<b>F-1</b>	<b>F-2</b>	<b>F-3</b>	<b>F-4</b>	<b>F-5</b>	<b>F-6</b>	<b>F-7</b>	<b>Probabilitas</b>
+							<b>0,70</b>
	+						<b>0,34</b>
		+					<b>0,54</b>
			+				<b>0,53</b>
				+			<b>0,48</b>
					+		<b>0,32</b>
						+	<b>0,54</b>
+	+						<b>1,35</b>
+		+					<b>2,76</b>
+			+				<b>2,08</b>
+				+			<b>1,85</b>
+					+		<b>1,26</b>
+						+	<b>2,10</b>
	+	+					<b>2,06</b>
	+		+				<b>2,04</b>
	+			+			<b>2,14</b>



<b>F-1</b>	<b>F-2</b>	<b>F-3</b>	<b>F-4</b>	<b>F-5</b>	<b>F-6</b>	<b>F-7</b>	<b>Probabilitas</b>
	+				+		1,24
	+					+	2,11
		+	+				3,17
		+		+			2,81
		+			+		1,92
		+				+	3,19
			+	+			2,78
			+		+		1,89
			+			+	3,16
				+	+		1,68
				+		+	2,80
					+	+	1,91
+	+	+					7,99
+		+	+				12,20
+			+	+			10,70
+				+	+		6,53
+					+	+	7,41
+	+		+				7,89
+	+			+			7,16
+	+				+		4,81
+	+					+	7,97
	+	+	+				11,90
	+		+	+			10,53
	+			+	+		6,40
	+				+	+	7,26
		+	+	+			16,26
		+	+		+		11,12
		+	+			+	18,42
		+		+	+		9,89
		+			+	+	11,22
			+	+	+		9,78
			+	+		+	16,2
				+	+	+	9,87
+	+	+	+				45,04
+		+	+	+			60,61
+	+		+	+			39,84
+	+	+		+			40,16
	+	+	+	+			59,52
	+		+	+	+		36,36
	+	+		+	+		36,76

<b>F-1</b>	<b>F-2</b>	<b>F-3</b>	<b>F-4</b>	<b>F-5</b>	<b>F-6</b>	<b>F-7</b>	<b>Probabilitas</b>
	+	+	+		+		41,15
		+	+	+	+		55,24
		+		+	+	+	55,86
		+	+		+	+	62,50
		+	+	+		+	68,28
			+	+	+	+	55,24
+	+	+	+	+			69,61
+		+	+	+	+		68,51
+	+		+	+	+		62,82
+	+	+		+	+		62,98
+	+	+	+		+		64,49
	+	+	+	+		+	77,03
		+	+	+	+	+	75,64
	+	+	+		+	+	70,41
	+	+		+	+	+	68,52
	+		+	+	+	+	68,18
+	+	+	+	+	+		77,60
+		+	+	+	+	+	78,88
+	+		+	+	+	+	75,45
+	+	+		+	+	+	77,62
+	+	+	+		+	+	79,01
+	+	+	+	+		+	78,81
+	+	+	+	+	+	+	83,8

**Keterangan :**

- Faktor 1** : lama tugas
- Faktor 2** : lama menangani KLB
- Faktor 3** : Tidak paham jam mulai lapor KLB
- Faktor 4** : tugar rangkap
- Faktor 5** : Tidak ada W-1
- Faktor 6** : Tak ada motivasi
- Faktor 7** : Tak ada perhatian

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pembaasan umum**

Berdasarkan jumlah KLB yang dilaporkan terlambat selama tiga tahun belakangan ini dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2007 semakin menurun atau sebaliknya kejadian KLB yang dilaporkan tepat waktu memenuhi kurang dari 24 jam dari Puskesmas yang ada di Kota Semarang belakangan ini membuktikan adanya peningkatan, ini menunjukkan bahwa kinerja dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB semakin membaik, sehingga diharapkan penyakit menular yang termasuk potensial menimbulkan KLB dapat ditekan sekecil mungkin dan transmisi dari penderita ke masyarakat banyak dapat diminimalkan, tentu akan mendukung bahwa hak-hak masyarakat untuk menjadi sehat dapat terwujud, hal ini sesuai dengan apa yang diamanatkan dalam Undang-Undang no 23 tahun 1992 pasal 4; yang menyebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Sebagai aparatur negara sekaligus sebagai abdi negara dalam melayani masyarakat hal terbaik yang perlu diupayakan secara terus menerus dalam melaksanakan kegiatan dari proses pekerjaan adalah memberi perlindungan kesehatan yang terbaik kepada seluruh lapisan masyarakat agar tercapai derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu misi pembangunan di Kota Semarang,

belum sepenuhnya terwujud, hal tersebut sesuai dengan PP nomor 25 tahun 2000 pasal 3 ayat 5 yang mengatur kewenangan pemerintah dalam menanggulangi penyakit menular dan KLB. Masih tingginya kejadian penyakit menular yang dapat meningkat diatas kejadian semestinya sehingga cenderung menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB), ini menunjukkan bahwa program penanggulangan KLB sebagai salah satu upaya perlindungan kesehatan, masih menghadapi tantangan khususnya dalam menekan angka kesakitan yang mengarah ke KLB. Kita memang tidak dapat meniadakan kejadian KLB apalagi jika survailans Puskesmas dapat berjalan dengan baik akan lebih peka dan sering dapat menangkap setiap KLB, namun setidaknya setiap KLB dimasa mendatang dapat ditekan dengan baik dari segi jumlah kasus penderita, daerah yang terkena maupun lama waktu sakit sehingga dapat mengurangi beban penderitaan setiap masyarakat yang terkena penyakit pada saat KLB, dengan pelaksanaan program penanggulangan KLB yang cepat dalam menyampaikan laporan dan penanggulangannya masyarakat dapat lebih produktif dalam bekerja yang tentu akan berdampak terhadap kemajuan pembangunan bangsa khususnya di Kota Semarang.

#### **B. Pembahasan khusus :**

Dari uji analisis multivariat logistik regresi dengan metode Backward Stepwise menunjukkan bahwa variabel-variabel yang terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari

Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah 1) Lama tugas; 2) Lama menangani KLB; 3) Petugas tidak paham jam mulai punya kewajiban harus lapor dengan penentuan kurang 24 jam ; 4) Tidak ada W-1 di Puskesmas; 5) Tugas rangkap dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB; 6) Tidak ada motivasi dari Pimpinan Puskesmas dan 7) tidak ada perhatian dari Pimpinan Puskesmas terhadap petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB dengan probabilitas yang dihasilkan sebesar 83,8 %. Hasil tersebut menunjukkan bahwa dari ke tujuh faktor setelah diukur bersama-sama menunjukkan kontribusi petugas Puskesmas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang menjadi terlambat lebih besar. Ketujuh faktor tersebut menggambarkan bahwa kegiatan dan pelaksanaan tugas untuk diproses menjadi laporan yang kemudian disampaikan ke Dinas Kesehatan Kota Semarang merupakan rutinitas yang tidak memerlukan inovasi, kreatifitas dan kemandirian dari sumber daya manusia sebagai tenaga profesional selaku pemegang program, dimana telah dikuatkan dari hasil wawancara mendalam melalui fokus group diskusi diperoleh pernyataan bahwa KLB yang dilaporkan selama ini karena informasi dari rumah sakit, Dinas kesehatan Kota dan dari masyarakat tidak hasil dari analisis data hasil pelayanan Puskesmas.

Seperti diurai diatas bahwa lama tugas mempunyai nilai positif karena petugas telah banyak pengalaman, sering terpapar bahkan pernah melakukan kegiatan program KLB pada saat membantu petugas pemegang program. Petugas yang lama tugasnya masih sedikit akan mempunyai peluang terlambat sebesar

3,91 kali dibandingkan yang mempunyai lama tugas yang cukup, rerata pada kelompok petugas yang melaporkan KLB terlambat lebih kecil dibanding rerata pada kelompok petugas yang melaporkan KLB tepat, tetapi seorang petugas tidak akan terkonsentrasi dalam program KLB jika tidak diberi tanggung jawab sebagai pemegang program, namun setelah diberi tanggung jawab dalam waktu yang lama dalam tugas yang tidak terlalu banyak variasi petugas tersebut akan menjadi jenuh sehingga mempengaruhi kinerja akan menjadi turun dan akan menyebabkan terlambat dalam menyampaikan setiap ada KLB sebesar 4,68 kali, rerata pada kelompok petugas yang melaporkan KLB terlambat lebih besar dibanding rerata pada kelompok petugas yang melaporkan KLB tepat. Pelaksanaan tugas khususnya tanggung jawab untuk menyampaikan laporan setiap ada kejadian KLB disampaikan kurang dari 24 jam sehingga kejadiannya cepat ditanggulangi sesuai standar pelayanan minimal (SPM) yaitu Kelurahan/desa yang terjadi KLB ditangani kurang dari 24 jam. Pemahaman tersebut harus dimiliki oleh petugas. Petugas yang tidak paham akan berpeluang menyampaikan laporan KLB menjadi terlambat sebesar 5,96 kali dibanding yang memahami waktu mulai melapor.

Form standart untuk menyampaikan laporan setiap ada kejadian KLB adalah W-1. Form ini tidak semua petugas mengerti walaupun mempunyai lama tugas yang cukup karena tidak diberi tanggung jawab untuk mengampu program KLB. Form pelaporan baku (W-1) harus tersedia di Puskesmas karena Puskesmas yang tidak memiliki form W-1 akan mempunyai risiko menyampaikan laporan kejadian KLB terlambat sebesar 5,23 kali dibanding dengan yang teredia form

W-1 di Puskesmas. Faktor lain untuk menjadi terlambat menyampaikan laporan KLB walaupun tersedia form W-1 di Puskesmas karena petugas tidak mempunyai kesempatan untuk membuat laporan, walaupun sudah lama diberi tanggung jawab menangani KLB karena mengerjakan tugas lainnya (tugas rangkap). Petugas yang mempunyai tugas rangkap akan menyampaikan laporan KLB terlambat sebesar 5,89 kali dibanding dengan petugas yang tidak memiliki tugas rangkap.

Petugas yang mempunyai tugas rangkap apa bila dalam waktu bersamaan dituntut untuk menyelesaikan tugas-tugasnya akan mengganggu tugas pokoknya, untuk memacu kinerja tetap baik, diperlukan suport/motivasi dan perhatian dari pimpinan dalam bentuk nasehat yang dilakukan minimal sekali dalam setahun ataupun insentif. Petugas yang tidak ada motivasi yang diberikan oleh pimpinan akan mempunyai peluang terlambat menyampaikan laporan setiap ada KLB sebesar 7,92 kali dibanding dengan petugas yang diberi motivasi oleh pimpinan. Perhatian pimpinan puskesmas dilakukan kepada petugas selaku bawahan pada pelaksanaan tugas minimal berupa teguran apabila dalam melaksanakan tugasnya kurang baik. Petugas yang tidak ada perhatian dari Pimpinan ternyata mempunyai peluang untuk menyampaikan setiap ada KLB terlambat sebesar 5,95 kali dibanding pada petugas yang ada perhatian dari Pimpinan Puskesmas.

Dari hasil uji statistik multivariat perhitungan probabilitas dari beberapa kombinasi faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan menunjukkan bahwa variabel-variabel apa bila berdiri sendiri-sendiri menunjukkan probabilitas

yang kecil tetapi apabila berpasangan lebih dari satu variabel semakin banyak pasangannya sampai dengan tujuh variabel menunjukkan bahwa probabilitasnya besar hal ini menunjukkan bahwa antar variabel ada kaitan yang erat dan saling mempengaruhi, dimana apa bila dilakukan intervensi dari variabel satu-satu karena keterbatasan biaya akan mempunyai dampak perbaikan yang kecil. Sebaliknya apabila intervensi sekaligus banyak variabel akan membawa dampak untuk menyampaikan laporan KLB tepat waktu menjadi lebih besar. Intervensi permasalahan yang mudah dilaksanakan yaitu memberi pemahaman jam mulai lapor KLB pada petugas, memenuhi form W-1, memberi motivasi dan memberi perhatian kepada petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB yang akan menyelesaikan masalah sebesar 55,86 %.

### **C. Faktor-faktor yang terbukti sebagai faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan**

Dari uji analisis multivariat logistik regresi dengan metode Backward Stepwise menunjukkan bahwa variabel-variabel yang terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah : 1) Lama tugas; 2) Lama menangani KLB; 3) Petugas tidak paham jam mulai punya kewajiban harus lapor dengan penentuan kurang 24 jam ; 4) Tidak ada W-1 di Puskesmas; 5) Tugas rangkap dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB; 6)



Tidak ada motivasi dari Pimpinan Puskesmas dan 7) tidak ada perhatian dari Pimpinan Puskesmas terhadap petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB. Secara jelas variabel tersebut diuraikan seperti berikut:

### **1. Faktor lama tugas**

Faktor risiko lama tugas dari petugas Puskesmas dihitung mulai Capeg sampai dengan penelitian ini dilaksanakan terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang, dengan OR=3,91 (95 % CI = 1,08 – 14,14) nilai p= 0,038 menunjukkan bahwa tenggang waktu lama tugas dari petugas Puskesmas diperoleh rata-rata dari kelompok petugas yang menyampaikan laporan tepat waktu selama 14 tahun, sehingga petugas yang memiliki rata-rata tugas kurang atau sama dengan 14 tahun mempunyai risiko menyampaikan laporan setiap kejadian KLB penyakit menular ke Dinas menjadi terlambat sebesar 3,91 kali dibanding dengan tenaga yang masa kerja lebih dari 14 tahun keatas.

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan teori manajemen sumberdaya manusia yang mutakhir oleh Siagian Sondang P. Yang mengutarakan bahwa lama bertugas dari seorang karyawan/pegawai pada unit organisasi akan memberi nilai positif karena memiliki pengalaman dalam penyelenggaraan organisasi, banyak hal yang diperoleh dari segi informasi tentang hal yang tidak selalu mudah.<sup>19)</sup>

Dari hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa petugas menyatakan sebagai berikut :

- a. Petugas yang mempunyai waktu lama kerja setidaknya pernah terpapar dengan penjelasan-penjelasan tentang KLB oleh kepala Puskesmas dan petugas programer sebelumnya.
- b. Pernah dimintai bantuan untuk melakukan kegiatan KLB di lapangan. Bagi petugas Puskesmas yang mempunyai lama tugas kurang dari 14 tahun tetapi laporan KLB tepat hasil wawancara ini merupakan hal yang kebetulan karena petugas mengerjakannya sesuai tanggung jawab dan kebanyakan tidak mengetahui laporan setiap kejadian KLB dilaporkan kurang dari 24 jam dimulai dari kapan, tetapi yang mempunyai lama tugas lebih dari 14 tahun dan terlambat dalam menyampaikan laporan KLB, karena mengerjakan tugasnya tidak ada target waktu kapan paling lambat, mengikuti proses selesai kemudian laporan dikirim.

## **2. Faktor lama menangani KLB**

Faktor risiko lama menangani KLB dari petugas Puskesmas selama waktu bekerja menangani program kegiatan KLB terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang, dengan  $OR=4,68$  (95 % CI = 1,29 – 18,88) nilai  $p= 0,018$  menunjukkan bahwa tenggang waktu petugas Puskesmas mulai diberi tugas untuk melaksanakan kegiatan program KLB di

Puskesmas dengan rata-rata lama menangani KLB diambil pada kelompok yang menyampaikan laporan tepat yaitu selama enam tahun, sehingga lama lebih dari enam tahun mempunyai risiko menyampaikan laporan setiap kejadian KLB penyakit menular ke Dinas menjadi terlambat sebesar 4,68 kali dibanding dengan tenaga yang masa kerja enam tahun kebawah.

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan teori manajemen sumberdaya manusia yang mutakhir oleh Siagian Sondang P. Yang mengutarakan bahwa kinerja seseorang petugas akan cenderung menurun apabila dihadapkan dengan tugas-tugas yang rutin apalagi jika karyanya tidak dapat dihargai disamping itu juga kinerjanya akan cenderung menurun karena merasa jenuh dengan pekerjaannya.<sup>19)</sup>

Dari hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa petugas banyak yang menyatakan dengan harapan bahwa:

- a. Kalau ada tenaga yang lebih muda yang dapat membantu untuk tugas lapangan jika terjadi KLB karena sudah lama menangani KLB.
- b. Kalau diberi kesempatan memilih sebagian besar memilih profesi perawat dari pada tenaga epidemiologi yang harus kelapangan jika ada KLB.

### **3. Faktor pemahaman petugas mulai penentuan waktu pelaporan KLB**

Faktor pemahaman petugas mulai penentuan waktu pelaporan KLB sangat memegang peranan penting karena dalam penelitian faktor tersebut terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan

laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang, hasil analisis statistik  $OR = 5,96$  ( $95\% CI = 1,70 - 20,87$ ) nilai  $p = 0,005$  menunjukkan bahwa dari hasil tersebut menunjukkan bagi petugas Puskesmas yang dalam menjalankan tugasnya tidak memahami ketentuan harus melaporkan kurang dari 24 jam dimulai dari kapan, maka akan berakibat dalam melaksanakan kerjaan untuk melaporkan tidak ada target waktu serta Puskesmas dengan petugas yang tidak memahami waktu mulainya sampai dengan kurang 24 jam memiliki risiko menyampaikan laporan, setiap kejadian KLB penyakit menular ke Dinas menjadi terlambat sebesar 5,96 kali dibanding dengan petugas yang memahami kapan penentuan waktu mulainya wajib melaporkan kejadian KLB. Hal ini akan berdampak semakin ada kesempatan perjalanan transmisi penyakit, lebih-lebih jika kejadiannya penyakit yang sangat infeksius(akut) dengan masa inkubasi cepat.

Pemahaman petugas mulai harus lapor setiap kejadian KLB ini merupakan ketentuan program yang harus dilaksanakan oleh jajaran kesehatan. Ketentuan tersebut telah ditetapkan pada buku petunjuk kerja melalui Keputusan Dirjen PPM-PLP no 451 tentang Pedoman penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB).<sup>1)</sup>

Dalam penelitian ini masing-masing petugas ada yang memahami ketentuan harus lapor kurang dari 24 jam dan menyampaikannya tepat waktu karena hasil wawancara mendalam didapatkan tuntutan tanggung jawabnya terhadap tugas yang diberikan sedangkan yang memahami tetapi tidak tepat

waktu karena dalam melaksanakan tugasnya banyak pihak yang terkait, artinya untuk menyampaikan laporan KLB perlu ada restu dari Kepala Puskesmas atau proses penandatanganan yang terlambat. Sedangkan petugas yang tidak memahami waktu mulai harus lapor pada setiap kejadian KLB tetapi laporannya tepat waktu, ini merupakan hal yang kebetulan saja karena prosesnya bisa cepat, penandatanganannya lancar.

#### **4. Faktor tidak ada W-1 di Puskesmas**

Faktor tidak adanya form W-1 di Puskesmas sangat memegang peranan penting karena dalam menjalankan tugas sebagai sarana untuk menyampaikan setiap ada kejadian KLB. Tidak adanya form W-1 dalam penelitian ini berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang, hasil analisis statistik  $OR = 5,23$  (95 %  $CI = 1,38 - 19,79$ ) nilai  $p = 0,015$  menunjukkan bahwa dari hasil penelitian Puskesmas yang tidak tersedia form W-1 untuk pelaporannya mempunyai resiko terlambat dalam menyampaikan laporan kejadian KLB sebesar 5,23 kali dibandingkan dengan yang memiliki form W-1.

Sesuai dengan keputusan Departemen Kesehatan RI, melalui Keputusan Dirjen PPM-PLP no 451 tahun 1991 telah menerbitkan buku petunjuk kerja tentang Pedoman penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB). Dimana telah ditentukan bahwa pelaporan dari Puskesmas

ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap ditemukan kejadian KLB dengan menggunakan form W-1, hal tersebut sampai sekarang masih berlaku untuk memperlancar proses pelaporan.<sup>1)</sup>

Dari hasil wawancara mendalam diperoleh informasi tentang proses membuat laporan untuk memberi informasi tertulis dari petugas Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang yaitu :

- a. Sebagian besar petugas harus mencari arsip W-1 setelah mengetahui adanya kejadian KLB penyakit menular
- b. Petugas menggandakan W-1 untuk kemudian di ketik dan diisi untuk membuat laporan pemberitahuan adanya KLB ke Dinas Kesehatan mendadak karena KLB tidak mesti ada.

Puskesmas yang tidak tersedia form W-1 laporannya terlambat, hasil wawancara mendalam karena hambatan waktu mencari dan menggandakan setelah mengecek kasus kelapangan, sedangkan Puskesmas yang tidak tersedia form W-1 laporannya tepat, merupakan hal kebetulan saja waktu yang tersedia ada dan tidak mengerjakan kegiatan lainnya yang dituntut selesai dengan segera dan kepala Puskesmas yang menandatangani tidak pergi.

Bagi Puskesmas yang tersedia form W-1 dengan laporan kejadian KLB tepat merupakan pendukung untuk kelancaran tugas, tetapi bagi Puskesmas yang tersedia Form W-1 tersedia tetapi laporan KLB nya terlambat dari hasil wawancara mendalam karena telah di buat tetapi atasan yang menandatangani kebetulan pergi.

## **5. Faktor tugas rangkap dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB**

Faktor tugas rangkap dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB di Puskesmas terbukti sangat berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang, hasil analisis statistik  $OR = 5,89$  ( $95\% CI = 1,35 - 25,79$ ) nilai  $p = 0,018$  menunjukkan bahwa dari hasil penelitian mempunyai risiko dengan terlambat dalam menyampaikan laporan kejadian KLB sebesar 5,89 kali dibandingkan dengan petugas yang tugas pokoknya tidak rangkap.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori beban kerja oleh Siagian SP. Yaitu pada dasarnya manajemen yang diterapkan dalam organisasi menyangkut perlakuan terhadap para pegawai/karyawan dan berkisar pada upaya memanusiakan manusia ditempat kerja, dimana pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya akan menjadi berat apabila telah dibebani tanggung jawab pekerjaan yang lebih dari satu kegiatan (tugas rangkap), karena masalah yang akan dihadapi bahwa pekerjaan yang dipikulnya akan menambah beban tanggung jawab.<sup>19)</sup>

Dari hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa Pelaporan KLB terlambat karena :

- a. Tuntutan pekerjaan rangkap mintanya semua cepat diselesaikan segera
- b. Kalau KLB dilaporkan dianggapnya menambah kerjaan sehingga

bebannya menjadi berat karena tugas lebih dari satu

- c. Petugas menyelesaikan tugasnya diperawatan dulu baru setelah selesai melaksanakan kunjungan lapangan untuk melacak dilapangan sehingga setelah selesai dari lapangan jam kerja sudah habis
- d. Belum sempat melaporkan kejadian KLB sudah diperintah tugas lainnya
- e. Penanggulangan KLB menyita waktu sementara pekerjaan lainnya banyak.

Bagi petugas Puskesmas yang mempunyai tugas baik rangkap dan tidak rangkap tetapi laporan KLB tepat hasil wawancara ini merupakan hal yang kebetulan karena petugas mengerjakannya sesuai tanggung jawab dan kebanyakan tidak mengetahui laporan setiap kejadian KLB dilaporkan kurang dari 24 jam dimulai dari kapan, tetapi yang tidak mempunyai tugas rangkap dan terlambat karena mengerjakan tugasnya tidak ada target waktu kapan paling lambat juga tidak mengetahui karena prosesnya selesai kemudian laporan dikirim.

## **6. Tidak ada motivasi dari Pimpinan Puskesmas**

Faktor tidak ada motivasi dari pimpinan Puskesmas dalam penelitian ini terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang, hasil analisis statistik  $OR = 7,92$  (95 % CI = 1,24 -27,97) nilai  $p = 0,001$  menunjukkan bahwa dari hasil penelitian mempunyai risiko dengan terlambat dalam menyampaikan laporan kejadian KLB sebesar 7,92 kali dibandingkan



dengan petugas yang dalam tugasnya diberi motivasi oleh Pimpinan Puskesmasnya.

Penelitian ini ditinjau dari teori Soekidjo N. Tahun 1997 yang mengungkapkan bahwa motivasi merupakan hal penting untuk mendorong seseorang melakukan sesuatu hal yang diinginkan dalam atau akan dilaksanakan sebagai respon terhadap pekerjaan.<sup>22)</sup>

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak adanya motivasi dari Pimpinan Puskesmas kepada petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB membuktikan bahwa adanya hubungan dengan keterlambatan petugas Puskesmas dalam menyampaikan laporan kejadian KLB, namun bagi petugas dengan kategori tidak ada perhatian kepala Puskesmas tetapi dalam menyampaikan laporan KLB tidak terlambat merupakan faktor kebetulan karena yang terjadi dari hasil penggalian wawancara mendalam bahwa Kepala Puskesmas ada yang bersikap kejadian KLB mau dilaporkan dan tidak semuanya tergantung dari petugas sehingga kalau tidak ada hambatan dalam proses pembuatan laporan langsung disampaikan, proses tersebut tetap berjalan seperti biasanya karena faktor yang terkait untuk pembuatan laporan kalau cepat selesai segera laporan diteruskan ke DKK disamping hal tersebut juga faktor lain dari keterangan petugas bahwa dari yang tidak ada motivasi dan ada motivasi tetapi dalam menyampaikan laporan KLB tepat dan atau terlambat karena keputusan kepala Puskesmas tentang pelaporan KLB yang disampaikan kepada petugas

waktu menyampaikan kadang cepat kadang juga terlambat.

## **7. Tidak ada perhatian dari Pimpinan Puskesmas**

Faktor tidak ada perhatian dari Kepala Puskesmas terhadap kegiatan penanggulangan KLB dalam penelitian ini terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang, hasil analisis statistik  $OR = 5,95$  (95 % CI = 1,77 – 20,02) nilai  $p = 0,004$  menunjukkan bahwa dari hasil penelitian mempunyai risiko dengan terlambat dalam menyampaikan laporan kejadian KLB sebesar 5,95 kali dibandingkan dengan petugas yang dalam tugasnya ada perhatian dari Kepala Puskesmasnya terhadap petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB maupun kegiatan programnya.

Pada hasil penelitian ini sesuai dengan teori Nursalam pada Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktek keperawatan profesional yaitu bahwa motivasi kerja petugas/karyawan/pegawai di Indonesia tidak lepas dari pengawasan/perhatian karena masih tergantung pada pimpinan sehingga perlu diperhatikan terus menerus.<sup>29)</sup> Penelitian ini juga sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Elton Mayo (1930) yang menekankan bahwa jika perhatian penuh diberikan kepada pegawai oleh manajemen (pimpinan), maka hasil kerja akan meningkat dengan tidak mengabaikan kondisi lingkungan kerja.

Didukung dari hasil wawancara mendalam diperoleh hasil bahwa kepala Puskesmas perhatiannya ditujukan pada penyakit TBC (tidak potensial KLB), sebagian DBD tetapi mekanisme pelaporan DBD berbeda karena kebanyakan

Puskesmas diberi tahu oleh Dinas Kesehatan.

faktor lain dari keterangan petugas bahwa dari yang tidak ada perhatian dan ada perhatian tetapi dalam menyampaikan laporan KLB tepat dan atau terlambat karena keputusan kepala Puskesmas tentang pelaporan KLB yang disampaikan kepada petugas waktu menyampaikan kadang cepat kadang juga terlambat.

**D. Faktor-faktor yang tidak terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang**

Pada penelitian ini ada 1 (satu) variabel yang tidak bermakna setelah dilakukan uji statistik bivariat karena hasil  $p > 0,25$  dan ada 4 (empat) variabel penelitian yang semula diduga berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang dari uji statistik bivariat, tetapi setelah diuji multivariat ternyata tidak terbukti berhubungan karena nilai  $p > 0,05$ , sehingga secara keseluruhan ada 5 (lima) faktor variabel yang tidak terbukti, adapun faktor variabel yang tidak terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah sebagai berikut:

**1. Faktor pendidikan**

Faktor pendidikan dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB dengan proporsi tertinggi pada kelompok kasus adalah

SLTA sebesar 37,9 % demikian juga pada kelompok kontrol juga tertinggi pendidikannya SLTA sebesar 34,5 % setelah dianalisis lanjutan pada uji bivariat dengan proses kategori menurut pendidikan setingkat SLTA (SMA) pada kelompok kasus sebesar 62,1 %, pada kelompok kontrol 46,6 % dan pendidikan D-3 keatas pada kelompok kasus 37,9 dan kelompok kontrol 53,4 % hasil analisis bivariat OR=1,88 (95 CI= 0,89-3,94) nilai  $p=0,093$ , sedangkan hasil multivariat OR=3,13 (95% CI=0,89 – 10,92), nilai intervalnya melewati angka 1 (satu),

Hasil uji tersebut dibandingkan dengan hasil wawancara mendalam bahwa dari pendapat petugas ternyata faktor pendidikan memberi percaya diri dalam bekerja, sedangkan pekerjaan kegiatan KLB merupakan suatu kegiatan program yang apabila didukung dengan petunjuk yang jelas petugas akan melakukan kegiatan sesuai petunjuk yang ada.

## **2. Pelatihan survailans epidemiologi**

Faktor pelatihan survailans dari hasil uji bivariat memang menunjukkan adanya hubungan dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota, dimana petugas yang tidak pernah mengikuti pelatihan survailans beresiko 3,8 kali dalam menyampikan laporan KLB, tetapi dari hasil uji multivariat ternyata hasilnya  $p > 0,05$ .

Dari hasil wawancara mendalam diperoleh hasil bahwa petugas segera

memahami pelaporan KLB kurang dari 24 jam dapat dari pelatihan dan dari supervisi dan kegiatan lain.

### **3. Faktor frekwensi dalam mengikuti pelatihan Surveilans epidemiologi**

Faktor frekwensi dalam mengikuti pelatihan Surveilans epidemiologi dari hasil uji bivariat tidak menunjukkan adanya hubungan dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota, dimana petugas yang frekwensi mengikuti pelatihan surveilans lebih sedikit tidak beresiko karena CI (95 % = 0,282 – 6,3) melewati angka 1 (satu) dan  $p > 0,05$ , sehingga tidak dapat diteruskan dalam uji multivariat.

Dari hasil wawancara mendalam diperoleh informasi bahwa petugas dalam mengikuti pelatihan surveilans epidemiologi waktunya sudah lama dan kejadian KLBnya jarang sehingga apa yang dilatihkan sudah lupa.

### **4. Faktor pemahaman petugas untuk penentuan KLB**

Faktor pemahaman petugas untuk penentuan KLB dari hasil uji bivariat memang menunjukkan adanya hubungan dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota, dimana petugas yang tidak paham penentuan KLB beresiko 11 kali dalam menyampaikan laporan KLB, tetapi dari hasil uji multivariat ternyata hasilnya  $p > 0,05$ .

Dari hasil wawancara mendalam diperoleh hasil bahwa petugas mengetahui adanya kejadian KLB dari laporan masyarakat, Dinas

Kesehatan Kota, dari Laporan Rumah Sakit tidak hasil dari analisis data hasil pelayanan Puskesmas.

#### **5. Faktor risiko ada kebijakan pimpinan**

Faktor risiko kebijakan pimpinan untuk tidak melaporkan kejadian KLB dari hasil uji bivariat menunjukkan adanya hubungan dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota, dimana Puskesmas yang terdapat kebijakan untuk tidak melaporkan KLB beresiko terlambat sebesar 2,5 kali dalam menyampaikan laporan KLB, tetapi dari hasil uji multivariat ternyata hasilnya  $p > 0,05$ .

Dari wawancara mendalam diperoleh hasil bahwa laporan KLB yang dilaporkan informasinya diperoleh dari Masyarakat, Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit sehingga KLB dari sumber tersebut walaupun ada kebijakan tetap dilaporkan. Dengan adanya kebijakan untuk tidak melaporkan KLB secara tidak tertulis maka data hasil pelayanan oleh Puskesmas tidak dilakukan analisis sehingga bila terjadi peningkatan kasus yang memenuhi kriteria KLB tidak dilaporkan sehingga kejadian KLB yang sebenarnya di Semarang lebih banyak dari yang dilaporkan.

#### **E. Keterbatasan dalam penelitian**

Hasil penelitian ini tentu masih belum sempurna yang tidak terlepas dari berbagai keterbatasan, sehingga akan mempengaruhi hasil penelitian, adapun keterbatasan tersebut antara lain :

**a. Bias informasi (recall bias)**

Penelitian ini dalam pengumpulan data memanfaatkan data Kejadian KLB selama tahun 2006 dan 2007 serta menggunakan kuesioner sangat subyektif, sehingga kebenaran data sangat tergantung pada kejujuran responden diperkirakan kemungkinan adanya bias informasi berupa recall bias. Peneliti telah berupaya menyusun daftar pertanyaan yang didiskusikan terlebih dahulu dengan pakar, menyusun pertanyaan-pertanyaan yang lebih sederhana, mudah dimengerti dan dipahami oleh responden.

**b. Bias seleksi**

Disamping bias informasi kemungkinan terjadinya bias seleksi seperti bias deteksi dapat terjadi akibat dari penentuan sampel dari data hasil validasi di Puskesmas dan dinas Kesehatan Kota.

**c. Sampel petugas kesehatan**

Karena sampel diambil sesuai jumlah kejadian KLB yang dilaporkan dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota, besar kemungkinan sampel tidak mewakili dari Populasi

## **BAB VII**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian di jajaran pelayanan kesehatan Puskesmas di Kota Semarang faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Faktor-faktor risiko yang terbukti berhubungan dengan keterlambatan penyampaian laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota adalah :
  - a. Faktor lama tugas

Semakin lama waktu tugas dihitung dari Capeg sampai dengan sekarang lebih dari 14 tahun maka menyampaikan laporan KLB akan banyak tepat waktu.
  - b. Faktor Lama menangani KLB

Semakin lama petugas diberi tanggung jawab menangani KLB lebih dari 6 tahun maka penyampaian laporan KLB akan berisiko terlambat.
  - c. Faktor pemahaman petugas mulai penentuan waktu pelaporan KLB

Petugas yang tidak memahami waktu mulai melaporkan KLB akan mempunyai risiko terlambat menyampaikan laporan KLB lebih besar.



d. Faktor tidak ada W-1 di Puskesmas

Puskesmas yang tidak ada form W-1 sebagai form untuk melaporkan setiap ada KLB akan mempunyai risiko terlambat menyampaikan laporan KLB lebih besar.

e. Faktor tugas rangkap dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB

Petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB dan merangkap dengan tugas lain selain KLB akan mempunyai risiko terlambat menyampaikan laporan KLB lebih besar.

f. Faktor tidak ada motivasi dari Pimpinan Puskesmas

Petugas yang tidak ada motivasi dari Pimpinan Puskesmas akan mempunyai risiko terlambat menyampaikan laporan KLB lebih besar.

g. Faktor tidak ada perhatian dari pimpinan Puskesmas

Petugas yang tidak ada perhatian dari pimpinan Puskesmas akan mempunyai risiko terlambat menyampaikan laporan KLB lebih besar.

Dari tujuh faktor setelah dilakukan uji multivariat berhubungan dengan keterlambatan menyampaikan laporan KLB probabilitasnya 83,8 %.

**2. faktor risiko yang tidak terbukti berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang**

**a. Faktor pendidikan**

Pendidikan petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan

KLB

**b. Faktor pelatihan Surveilans epidemiologi**

Pelatihan surveilans epidemiologi petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB

**c. Faktor frekwensi pelatihan Surveilans Epidemiologi**

Frekwensi mengikuti pelatihan surveilans epidemiologi petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB

**d. Faktor pemahaman petugas untuk penentuan KLB**

Pemahaman petugas untuk penentuan kejadian KLB petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB

**e. Faktor kebijakan Pimpinan**

Kebijakan Pimpinan Puskesmas terhadap kejadian KLB petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB

**B. Saran**

**1. Dinas Kesehatan Kota Semarang :**

- a Setiap petugas Puskesmas yang menangani kegiatan KLB harus memahami waktu mulai punya kewajiban harus melaporkan KLB ke Dinas Kesehatan Kota, sehingga setiap kejadian KLB pelaporannya tidak terlambat, sehingga akan lebih cepat dalam menangani kasus – kasus tambahan di masyarakat dan dapat mengurangi beban lamanya sakit pada penderita. Pemahaman ini dapat diberikan pada saat :

- 1). Pelatihan petugas tentang surveilans epidemiologi dilakukan minimal 1 (satu kali) dalam setahun
  - 2). Pertemuan penyegaran petugas secara berkala untuk membahas program KLB.
  - 3). Supervisi petugas Dinas kesehatan Kota ke Puskesmas.
  - 4). Pemenuhan buku-buku petunjuk/pedoman kegiatan program penanggulangan KLB.
  - 5). Surat edaran dan umpan balik ketepatan waktu laporan kejadian KLB dilakukan setidaknya 1 (satu) kali dalam setahun.
  - 6). Kriteria penetapan KLB agar dicetak yang bagus dan dilaminating untuk dibagi ke Puskesmas.
- b Dinas Kesehatan Kota dapat segera memenuhi form W-1 yang dibutuhkan oleh Puskesmas melalui penyediaan secara berkala tiap tahun sekali, form tersebut dapat berupa buku dan form lainnya untuk keperluan kegiatan survailans dan penanggulangan KLB.
- c Dinas Kesehatan Kota melakukan pencatatan setiap laporan kejadian KLB yang mencakup informasi kapan KLB diketahui oleh Puskesmas dan berapa lama laporan sampai di Dinas Kesehatan Kota baik yang dilaporkan dengan form W-1 termasuk laporan melalui SMS dan telpon.
- d Perlu adanya pertemuan koordinasi antara Dinas Kesehatan Kota dengan Kepala Puskesmas se Kota Semarang untuk membangun komitmen dan

memberi penyegaran tentang pelaksanaan program penanggulangan KLB sedikitnya 2 (dua) kali dalam setahun.

**2. Puskesmas :**

- a. Pemegang program sebaiknya diserahkan kepada petugas yang mempunyai masa kerja yang lama.
- b. Pemberian tugas kepada petugas yang menangani program kegiatan KLB sebagai tanggung jawabnya sebaiknya jangan terlalu lama, karena dari hasil penelitian setiap 6 (enam) tahun perlu pergantian atau pendampingan sehingga tidak timbul kejenuhan yang dapat mengurangi hasil kerja (kinerjanya).
- c. Setiap petugas Puskesmas yang menangani KLB harus memahami waktu mulai kapan mempunyai kewajiban melaporkan setiap KLB sampai dengan < 24 jam.
- d. Sebaiknya petugas yang menangani KLB sebagai tugas Pokoknya adalah KLB tersebut, sedangkan tugas lainnya sebagai tugas rangkap dengan tupoksi yang jelas apabila ada KLB tugas lainnya ditinggalkan.
- e. Petugas kesehatan yang mempunyai kedudukan/pangkat lebih atas seharusnya selalu memperhatikan terhadap tugas yang diberikannya dan memberi motivasi kepada bawahannya.

## **BAB VIII**

### **RINGKASAN**

Kejadian Luar Biasa (KLB) merupakan kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologi dalam kurun waktu dan daerah tertentu. Penanggulangan penyakit saat KLB perlu dilakukan dengan cepat sehingga dapat mencegah meluasnya penyebaran penyakit di daerah terjangkau, penambahan kasus penderita dan memperpendek lama sakit sehingga mengurangi penderitaan.

Hasil penanggulangan KLB di Jawa Tengah selama kurun waktu dua tahun terakhir (tahun 2005-2006) cenderung meningkat, tahun 2005 terjadi frekwensi KLB sebanyak 295 dengan total kasus 4.307 orang, tahun 2006 frekwensi kejadiannya sebanyak 305 dengan total kasus 4.584. Di Kota Semarang selama kurun waktu 2 tahun terakhir (tahun 2005-2006) kejadian KLB cenderung meningkat bahkan KLB yang dilaporkan lebih sedikit dibanding dengan KLB yang sebenarnya terjadi.

Tujuan penelitian ini yaitu untuk membuktikan faktor-faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang yang meliputi faktor petugas, pimpinan dan pendukung kerja

Populasi sasaran dalam penelitian ini adalah semua KLB yang terjadi di Puskesmas yang berada di wilayah Kota Semarang selama tahun 2006 dan 2007 dengan responden ditetapkan adalah petugas pengelola P2M/pengelola W-2/yang

membuat laporan KLB.

Desain penelitian yang akan dilaksanakan merupakan desain penelitian observasional dengan rancangan studi kohort varian/modifikasi jenis Nested case kontrol, dimana studi ini secara harfiah terdapatnya bentuk studi kasus kontrol yang bersarang didalam rancangan penelitian kohort.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor-faktor yang terbukti sebagai faktor yang berhubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah; faktor lama tugas dengan  $OR=3,91$  (95 %  $CI= 1,08-14,14$ ), lama menangani KLB dengan  $OR=4,68$  (95%  $CI = 1,29 - 18,88$ ), faktor pemahaman petugas mulai penentuan waktu pelaporan KLB dengan  $OR= 5,96$  (95%  $CI= 1,70 - 20,87$ ), faktor tidak ada W-1 di Puskesmas dengan  $OR= 5,23$  (95%  $CI = 1,38 - 19,79$ ), faktor tugas rangkap dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB  $OR= 5,89$  (95%  $CI= 1,35 - 25,79$ ), faktor tidak ada motivasi dari pimpinan Puskesmas  $OR= 7,92$  (95%  $CI= 1,24 - 27,97$ ) dan faktor tidak ada perhatian dari pimpinan Puskesmas  $OR=5,95$  (95%  $CI= 1,77 - 20,02$ ).

Simpulan dari penelitian ini adalah faktor-faktor yang ada hubungannya dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah faktor lama tugas, lama menangani KLB, faktor pemahaman petugas mulai penentuan waktu pelaporan KLB, faktor tidak ada W-1 di Puskesmas, faktor tugas rangkap dari petugas pemegang program/yang menangani/melaporkan KLB, faktor tidak ada motivasi dari pimpinan Puskesmas dan

faktor tidak ada perhatian dari pimpinan Puskesmas, sedangkan faktor yang tidak terbukti ada hubungannya dengan faktor yang ada hubungannya dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah; faktor pendidikan, lama tugas, Pelatihan Surveilans epidemiologi, faktor pemahaman petugas untuk penentuan KLB, dan faktor kebijakan pimpinan Puskesmas. Dukungan dari beberapa yang terbukti tidak ada hubungan dengan keterlambatan petugas dalam menyampaikan laporan KLB dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota karena kejadian KLB yang selama ini dilaporkan berasal dari laporan rumah sakit, laporan DKK dan laporan dari masyarakat tidak dari hasil analisis kegiatan pelayanan di Puskesmas.

Sebagai saran perbaikan adalah petugas dalam menjalankan tugas yang lama tugasnya cukup, jangan terlalu lama memegang program, petugas yang menangani kegiatan KLB harus memahami waktu mulai punya kewajiban harus melaporkan KLB ke jajaran yang lebih atas, Puskesmas segera dipenuhi form W-1 untuk pelaporan setiap ada KLB dalam bentuk buku dan form lainnya yang diperlukan dalam program penanggulangan KLB, petugas diberi tugas pokok menangani KLB sedang lainnya sebagai tugas kedua (rangkap) dengan TUPOKSI yang jelas yaitu setiap terjadi KLB tugas rangkapnya ditinggal dan Petugas dengan posisi yang lebih tinggi untuk dapat memperhatikan pekerjaan bawahannya dan dapat memberikan motivasi kerja, serta perlunya dilakukan pertemuan koordinasi antara Dinas Kesehatan Kota dengan Kepala Puskesmas untuk membangun komitmen dan penyegaran tentang program penanggulangan KLB.

## Daftar Pustaka

- 1 Departemen Kesehatan RI. Keputusan Dirjen PPM-PLP no 451. Pedoman penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa. Jakarta 1991: Hal 47-51
- 2 Michael.J., Pelczar.Jr. dan Chan E.C.S. Dasar-dasar Mikrobiologi. Terjemahan Hadioetomo R.S., Imas Teja, Tjitrosomo S.S., Angka S.L.. UI Press, Jakarta 2006; hal 156-168.
- 3 Bennett F.J. Diagnosa komunitas dan Program Kesehatan. Yayasan Essentia Medica. 1987: hal 34-37
- 4 Departemen kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pemberantasan penyakit menular dan penyehatan Lingkungan Pemukiman Direktorat Epidemiologi dan Imunisasi Subdit Surveilans. Pelaporan KLB dan wabah. Jakarta 1989: Hal 9-21
- 5 Departemen kesehatan RI. Direktorat Jenderal PPM dan Penyehatan lingkungan pemukiman. Penyusunan perencanaan program pembangunan kesehatan bidang pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman. Jakarta 2000:2001; hal 1-10.
- 6 Undang-undang RI no 4. Wabah penyakit menular. Jakarta, 1984: Hal 1-13
- 7 Walack SS. Kretz SE. Rural Medicine. Obstacles and Solutions for self Sufficiency. University Health Policy Consortium. Lexington Books DC. Company Lexington, Massachusetts Toronto 1981 hal 129-135
- 8 Vaughan J.P., Morrow R.H.. Panduan Epidemiologi bagi pengelolaan kesehatan Kabupaten. Terjemahan Aulia H., Farouk H..Institut Teknologi Bandung. Bandung, 1993; ISBN 979-8001-78-8 : Hal 61-63
- 9 Amsyah Z . Manajemen sistim informasi. Jakarta 2001 : Hal 27-28
- 10 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Buku petunjuk pelaksanaan surveilans. Semarang, 2000 : Hal 21-37
- 11 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Modul pelatihan P2KT. Semarang, 2001; Hal 5-17



- 12 Bres P. Tindakan darurat kesehatan masyarakat pada Kejadian Luar Biasa. terjemahan Hari Kusnanto, Laksono Trisnantoro. University Gajah Mada Press Yogyakarta, 1995 ; Hal 3-10
- 13 Dinas Kesehatan Kota Semarang. Profil Kesehatan Kota Semarang, 2006: Hal 43-52
- 14 Departemen kesehatan RI. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan Pusdiklat SDM Kesehatan. Kebijakan pengembangan desa siaga. Jakarta, 2006 ; Hal 17-21
- 15 United Nations High Commissioner for refugees. "Hand book for an Emergencies. Geneva, second edition June 2000 : Hal 105- 121
- 16 Permenkes RI no 560. Jenis penyakit tertentu yang dapat menimbulkan wabah, tata cara penyampaian laporannya dan tata cara penanggulangan seperlunya. Jakarta 1989 : Hal 7 - 39
- 17 Bres P. Public Health Action in emergencies Caused by Epidemics. A practical guide. Geneva World Health Organization. 1986 : Hal 3-10.
- 18 Muninjaya A A G. Manajemen Kesehatan. Penerbit buku kedokteran EGC. Bali 2004 ; Hal 214-216
- 19 Sondang P.S.. Manajemen abad 21. Bumi Aksara. Jakarta, 1998 : Hal 67-195
- 20 Sarwono, Solita. Sosiologi kesehatan ; Beberapa konsep beserta aplikasinya, Gajahmada University Press. Yogyakarta, 1998 : Hal 74-75
- 21 Green Lowrence, Kreuter Marsal, Deeds Sigrid, Patridge Key. Perencanaan pendidikan kesehatan sebuah pendekatan diagnostic. Jakarta.: Hal 73-81.
- 22 Notoatmodjo S. Ilmu Kesehatan Masyarakat prinsip-prinsip dasar. Jakarta, 1997: Hal 37-45
- 23 Notoatmojo, Soekidjo. Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan, Yogyakarta: Rineke Cipta. 2003 : Hal 34-39
- 24 Robbin P Stephen. Perilaku Organisasi. Jilid I. Edisi kedelapan. PT Prenhalindo, Jakarta 2001; hal 29-40

- 25 Departemen kesehatan RI. Keputusan Dirjen PPM-PLP no 451. Pedoman penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa. Jakarta, 1991 : Hal 57-65
- 26 Sutopo, Sugiyanto. Analisis Kebijakan Publik. Buku ajar diklatpim tingkat III, Lembaga Administrasi Negara- Republik Indonesia, Jakarta, 2001: Hal 78-93.
- 27 Maibach E & Holtgrave. Advances in Public Health Communication Ann.Rev. Public Health. 1995 Hal 13-16:209-219
- 28 Wiyono. FX. Menyamakan Persepsi tentang Komitmen. Manajemen. Edisi no 126 Pustaka Binama Pressindo, Jakarta, 1999; Hal 31- 34.
- 29 Nursalam. Manajemen keperawatan aplikasi dalam praktek keperawatan professional. Jakarta, 2001: Hal 26- 35
- 30 Departemen kesehatan RI. Permenkes RI no 560. Jenis penyakit tertentu yang dapat menimbulkan wabah, tata cara penyampaian laporannya dan tata cara penanggulangan seperlunya. Jakarta, 1989 : Hal 2-6
- 31 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Standard pelayanan minimal. Semarang, 2006 : Hal 18- 26
- 32 Noor Nasri N. Dasar Epidemiologi. PT Rineka Cipta. Jakarta, 2000 : Hal 26-29
- 33 Saltzman LE. Fanslow JL. McMahan PM. Shelley GA. Intimate Partner Violence Surveillance Uniform Definition and Recommended Data Elements. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control Atlanta, Georgia.1999; hal 17-31
- 34 Eylembosch W.J & Noah N.D. Surveillance in Health and Disease. Oxford New York Tokyo. Oxford University Press.1988 ; ISBN 0-19-261611-0 ; Hal 9-98
- 35 Nasution S. Metode Research. PT Bumi Aksara. Jakarta, 2001; ISBN 979-526-235-1 : Hal 131-137
- 36 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Pelaksanaan surveilans. Semarang, 2000: Hal 19- 41
- 37 Sastroasmoro S, Ismail S.. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Sagung Seto. Jakarta, 2002: Hal 97-141

- 38 Rothman KJ, Greenland S. Modern Epidemiology second. Edition Lippincott Williams & Wilkin S ; A wolters kliever company 1998; hal 71- 75.
- 39 Gordis L ; Epidemiology. Second edition. Copyright 2000, 1996 by W.B.Saunders Company. Printed in the United States of America; Hal 132- 153
- 40 Bailey Diana M. Research for the Halth Professional. A Practical Guide Second Edition. F.A. Davis Company.Philadelphia.1996; Hal 63-75
- 41 Moleong LJ. Metodologi penelitian kualitatif. PT Remaja Rosdakarya bandung, 2002; hal 7- 15
- 42 Kresno Sudarti. Hadi EN dkk. Aplikasi penelitian Kualitatif dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia bekerja sama dengan Dirjen PPM dan PLP Depkes RI. Jakarta, 1999 : Hal 63-79
- 43 Umar Husein. Metode Riset Komunikasi Organisasi, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2002; Hal 91-99
- 44 Budiarto Eko. Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, 2002 : Hal 121- 139
- 45 Pusat manajemen Pelayanan Kesehatan FK UGM. Rapid Survey Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu Pemberantasan Penyakit Menular 2000 : Hal 13-15
- 46 Hastono Sutanto P. Analisis Data Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta, 2007 ; Hal 53-61