

SURVEILANS PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DAN PERMASALAHANNYA DI KOTA SEMARANG TAHUN 2008

M.Arie Wuryanto, SKM, MKes.(Epid)

Abstrak

Latar Belakang: Surveilans epidemiologi merupakan suatu kegiatan yang sangat penting dalam mendukung pengendalian dan penanggulangan penyakit menular, tidak terkecuali pada kegiatan pengendalian dan penanggulangan penyakit DBD. Hasil pelaksanaan surveilans epidemiologi penyakit DBD yang telah dilakukan oleh Dinkes Kota Semarang belum berjalan sesuai harapan. Hal ini dapat dilihat bahwa pelaksanaan PE yang dilakukan oleh Dinkes dan jajarannya hanya mencapai 30% sampai 50 % saja dari kasus yang dilaporkan. Hal ini menggambarkan bahwa pelaksanaan surveilans epidemiologi yang dilakukan belum baik, dan akan berdampak pada proses penularan yang terus berlangsung di masyarakat.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan surveilans penyakit DBD serta permasalahannya di tingkat Puskesmas di wilayah Dinas Kota Semarang. Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberi masukan bagi pihak puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang tentang permasalahan pelaksanaan surveilans DBD di Wilayahnya.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan desain *cross sectional*. Subyek penelitian adalah petugas surveilans puskesmas dengan jumlah sampel 20 puskesmas (55%) dari 36 puskesmas yang ada di Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Hasil : Masih dijumpai adanya jumlah kasus DBD yang tidak sama antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas, sebagian besar kecepatan PE sejak diterimanya laporan kasus sudah baik (78%), prosentase pelaksanaan PE dari kasus yang ada hanya 62%. Beberapa hambatan yang dapat diidentifikasi antara lain; kerjasama lintas sektoral dalam pelaporan kasus DBD (Rumah sakit dan pelayanan kesehatan lain), partisipasi masyarakat masih rendah dalam hal PSN dan pelaporan kasus, sarana dan kemampuan petugas laboratorium dan mendeteksi DBD secara serologis belum merata, dan keterbatasan sumber daya manusia serta beban tugas dari tenaga surveilans.

Kata kunci : Surveilans, Demam Berdarah Degue (DBD).

PENDAHULUAN

Situasi penyakit DBD di Kota Semarang pada tahun 2007 merupakan fenomena terbesar kejadiannya selama 13 tahun terakhir, dengan jumlah penderita mencapai 2924 kasus. Tahun 2008 situasinya bahkan semakin buruk dimana kasus DBD yang terjadi sebanyak 3868 kasus.

Surveilans epidemiologi merupakan suatu kegiatan yang sangat penting dalam mendukung pengendalian dan penanggulangan penyakit menular, tidak terkecuali pada kegiatan pengendalian dan penanggulangan penyakit DBD. Surveilans adalah kegiatan yang bersifat terus menerus dan sistematis dalam pengumpulan data, pengolahan, analisis, interpretasi dan diseminasi kepada pihak terkait, untuk melakukan tindakan yang tepat dalam mengatasi

masalah kesehatan yang ada. Oleh karena itu hasil kegiatan surveilans sangat dibutuhkan dalam menunjang aspek manajerial program penyakit DBD, dimana berperan dalam proses perencanaan, monitoring dan evaluasi dari program kesehatan yang ada.

Hasil pelaksanaan surveilans epidemiologi penyakit DBD yang telah dilakukan oleh Dinkes Kota Semarang belum berjalan sesuai harapan. Hal ini dapat dilihat bahwa pelaksanaan PE yang dilakukan oleh Dinkes dan jajarannya hanya mencapai 30% sampai 50 % saja dari kasus yang dilaporkan. Kondisi diatas akan sangat mempengaruhi keberhasilan tindakan penanggulangan dan pengendalian DBD di Kota Semarang. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian tentang pelaksanaan surveilans DBD di Kota Semarang

dan identifikasi penyebab masalah dalam pelaksanaan surveilans DBD.

Berdasarkan informasi di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut : "**Bagaimana gambaran pelaksanaan Surveilans DBD dan Implementasinya Dalam Proses Pengambilan Keputusan dan Kebijakan Program Pengendalian Penyakit DBD di Kota Semarang ?**"

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan surveilans penyakit DBD serta permasalahannya di tingkat Puskesmas di wilayah Dinas Kota Semarang. Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberi masukan bagi pihak puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang tentang permasalahan pelaksanaan surveilans DBD di Wilayahnya.

METODE

Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan kegiatan surveilans epidemiologi DBD dengan cara observasi data dan wawancara, populasinya adalah semua Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang yaitu sebanyak 36 Puskesmas dan Dinkes Kota Semarang. Sampel penelitiannya adalah 20 Puskesmas (55%) dengan jumlah kasus tertinggi DBD.

Untuk mengetahui hambatan-hambatan dalam pelaksanaan surveilans dilakukan dengan cara indepth interviewe (wawancara mendalam).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum dan Situasi DBD di Kota Semarang

Kota Semarang merupakan daerah endemis penyakit DBD. Pencapaian jumlah kasus tertinggi selama 13 terakhir terjadi pada tahun 2007, dimana terjadi 2924 kasus dengan IR = 19,6 dan CFR = 1,1%. Pada tahun 2008 kasus DBD di kota Semarang mengalami peningkatan yaitu sebanyak 5249 kasus. Data terakhir (per Maret 2009) jumlah kasus DBD sebanyak 1277 kasus dengan CFR = 1%. Peningkatan jumlah kasus seiring dengan peningkatan jumlah kelurahan endemis DBD di Kota Semarang dari tahun ke tahun.

B. Gambaran Kegiatan Surveilans DBD

b.1. Karakteristik Petugas Surveilans (DBD)

Gambaran karakteristik tenaga surveilans yang menjadi subyek dalam penelitian ini adalah sebagai berikut ;

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Jml	(%)
Jenis Kelamin		
a. Laki-laki	5	25
b. Perempuan	15	75
Pendidikan		
a. SMA	1	5
b. D3	8	40
c. S1	10	50
d. Pekarya	1	5
Pernah Ikut Pelatihan		
a. Ya	17	85
b. Tidak	3	15
Umur	max = 55 min =27 rata-rata=40th	
Lama Kerja	max = 10 thn min = 1 bln sebagian besar = 2 - 5 tahun	

Berdasarkan tabel 3.1. diatas menunjukkan bahwa sebagian besar (75%) petugas surveilans (DBD) adalah perempuan. Tingkat pendidikan tenaga surveilans di Puskesmas sudah baik, dimana sebagian besar (90%) mempunyai tingkat pendidikan sarjana dan sarjana muda (S1 dan D3). Kondisi di atas menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tenaga surveilans sudah memadai dan kompeten untuk menjalankan tugasnya. Demikian juga dengan 85% petugas surveilans sudah pernah mengikuti pelatihan, maka harapannya hasil pelaksanaan surveilansnya tidak banyak mengalami hambatan. Namun dengan 75% merupakan wanita, maka bisa jadi merupakan kendala dalam hal mobilitas. Tentunya alasan ini masih sangat dangkal, karena tidak semua wanita merupakan seorang yang lemah dalam hal mobilitas.

Umur paling muda 27 tahun dan umur rata-rata tenaga surveilans 40 tahun. Dilihat dari rata-rata umur, maka merupakan umur yang masih mempunyai produktifitas yang tinggi dan berpengalaman. Sebagian besar petugas surveilans mempunyai pengalaman kerja 2 - 5 tahun.

b.1. Keberadaan Data Kasus DBD di Puskesmas

Tabel 6.2 . Keberadaan Data Kasus DBD di Puskesmas

Data Kasus	Jml	(%)
Data bulanan Kasus DBD		
a. Ada	20	100
b. Tidak	0	
Data kasus DBD 1 bln terakhir		
a. Ada	19	95
b. Tidak	1	5
Kelengkapan Data Kasus DBD		
a. Lengkap	5	25
b. Tidak	15	75

Semua Puskesmas mempunyai data kasus DBD bulanan. Namun data untuk kasus DBD satu bulan terakhir ada Puskesmas yang tidak mempunyai data. Dilihat dari keberadaan data kasus DBD hampir semua puskesmas ada, tetapi jika dilihat dari kelengkapan datanya, maka sebagian besar (75%) mempunyai data yang tidak lengkap.

Ketidaklengkapan data kasus DBD di Puskesmas diakibatkan antara lain karena jumlah kasus yang tercatat di Puskesmas tidak sama dengan jumlah kasus yang tercatat di Dinkes Kota Semarang. Ada sebagian jumlah kasus yang tercatat di Puskesmas lebih banyak dari catatan di Dinkes, namun sebagian besar data yang tercatat di Puskesmas lebih sedikit dari catatan Dinkes Kota Semarang. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, keadaan tersebut disebabkan bahwa data kasus DBD di Dinkes Kota Semarang berasal langsung dari Rumah sakit, sementara pemberitahuan kasus tersebut ke Puskesmas mengalami keterlambatan. Bahkan beberapa kejadian bahwa Puskesmas menerima data kasus DBD dari pasien yang kontrol setelah rawat inap di rumah sakit. Kondisi ini merupakan salah satu penyebab tidak semua kasus DBD yang ada di masyarakat ditindaklanjuti dengan pelaksanaan penyelidikan epidemiologi. Adanya kasus yang tidak ditindaklanjuti dengan PE, maka penularan DBD di tingkat masyarakat menjadi sulit untuk dicegah, disamping faktor –faktor yang lain. Faktor lain yang dimaksud yaitu lingkungan dan perilaku masyarakat sendiri / partisipasinya dalam pencegahan DBD.

b.3 Pelaksanaan PE Kasus DBD di Puskesmas

Tabel 6.3 . Data Pelaksanaan PE Puskesmas

Pelaksanaan PE	Jml	(%)
Apakah setiap kasus di lakukan PE ?		
a. Ya	7	35
b. Tidak	13	65
Persentase Kegiatan PE terhadap kasus DBD yg ada? Tidak melakukan = 20% 100% = 35% Rata –rata = 62 %		
Kecepatan pelaksanaan PE sejak laporan diterima. 2 hari	14	78%
Kecepatan pelaksanaan PE sejak mulai dirawat di RS. 2 hari	4	23%
Maksimal = 33 hari Rata – rata = 14 hari		

Hasil penelusuran jumlah kasus DBD yang tercatat di Puskesmas dan jumlah kegiatan PE yang sudah dilakukan menunjukkan jumlah yang tidak sama, dimana jumlah kegiatan PE lebih sedikit dibanding dengan jumlah yang ada. Fenomena ini juga dikaji lebih dalam apakah ada kasus DBD yang terjadi serumah atau satu lingkungan, sehingga pelaksanaan PE dilakukan sekali. Namun hasil pengkajian tidak terdapat kondisi yang demikian, sehingga memang cakupan pelaksanaan PE tidak sesuai dengan jumlah kasus DBD yang tercatat di Puskesmas. Puskesmas yang melakukan PE pada setiap kasus hanya 7 Puskesmas atau 35%, sedangkan sisanya 65% tidak melaksanakan kegiatan PE pada setiap kasus yang ada.

Persentase cakupan kegiatan PE terhadap kasus DBD yang ada masih rendah, berdasarkan data kasus satu bulan terakhir, maka puskesmas yang tidak melakukan kegiatan PE dari kasus yang ada sebanyak 20% dan yang melakukan kegiatan PE terhadap kasus yang ada sebanyak 35%, dengan rata –rata cakupan pelaksanaan PE sebesar 62%. Kondisi ini semakin memperbesar rendahnya cakupan kegiatan PE terhadap jumlah kasus DBD yang terjadi di masyarakat. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dapat dijelaskan bahwa faktor yang menjadi penyebab adalah informasi kasus sampai ke Puskesmas datangnya sangat terlambat bisa sampai 1 bulan dan bahkan lebih, sehingga puskesmas tidak melakukan PE.

Kecepatan pelaksanaan PE setelah laporan adanya kasus diterima oleh puskesmas sebagian besar (78%) sudah baik, yaitu maksimal 2 x 24. Seringnya

pelaksanaan PE dilakukan hari berikutnya setelah laporan diterima.

Kecepatan pelaksanaan PE sejak mulai sakit dirawat di rumah sakit masih sangat terlambat. Dimana hanya 23% saja puskesmas yang melakukan kegiatan PE 2 x 24 setelah penderita masuk RS. Rata – rata pelaksanaan PE dilakukan setelah 14 hari sejak penderita dirawat di rumah sakit. Kondisi ini semakin memperbesar peluang terjadinya penularan DBD di tingkat masyarakat. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, hal ini terjadi karena keterlambatan laporan dari rumah sakit dan atau keterlambatan dari Dinas kesehatan. Keterlambatan yang disebabkan karena kesibukan petugas puskesmas tercatat maksimal hanya 7 hari. Kondisi seperti ini sangat perlu untuk diketahui oleh unsur pimpinan baik Puskesmas maupun Dinas Kesehatan, untuk diambil jalan keluar dari permasalahan ini.

b.4 Pelaksanaan Tindak Lanjut Hasil PE Kasus DBD di Puskesmas

Kecepatan Tindak lanjut hasil kegiatan PE secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu PSN, Penyuluhan, larvasidasi dan Tindak lanjut Fogging. Kecapatan tindak lanjut hasil PE dengan kegiatan penyuluhan, larvasidasi dan PSN dilakukan sekaligus pada saat pelaksanaan PE. Fenomena ini menimbulkan dugaan bag peneliti bahwa pelaksanaan PSN dan penyuluhan tidak berjalan dengan baik. Berdasarkan hasil wawancara mendalam bahwapelaksanaan PE dilakukan berkisar 2 – 2,5 jam. Padahal yang kita ketahui kegiatan PE yang harus dilakukan adalah pencarian tersangka DBD dan pemantauan jentik. Memang ini masih dalam sebatas dugaan karena peneliti tidak ikut langsung dalam setiap kegiatan pelaksanaan PE.

Kecepatan tindak lanjut hasil PE dalam pelaksanaan fogging rata – rata satu minggu (7 hari) seteah pelaksanaan PE. Hal ini menunggu ijin dan dukungan sumber daya dari pihak Dinkes. Kebijakan yang ada bahwa kewenangan ijin fogging ada di Dinkes, serta sumber daya pelaksanaan fogging ada di pihak Dinkes. Pelaknaan fogging biasanya dilakukan dua kali, dimaka fogging yang kedua dilakukan satu minggu setelah fogging nag pertama.

b.5 Pelaksanaan PWS DBD di Puskesmas

Tabel 6.4 . Pelaksanaan PWS DBD

Pelaksanaan PE	Jml	(%)
Adakah Data PWS DBD ?		
a. Ada	18	90
b. Tidak	2	10
Apakah data PWS dikerjakan rutin ?		
a. Ya	17	85
b. Tidak	3	15

Berdasarkan hasil observasi penelitian ternyata tidak semua ada puskesmas membuat data PWS kasus DBD, ada 2 Puskesmas (10%) yang tidak membuat PWS DBD. Hanya 17 (85%) Puskesmas yang mengerjakan data PWS secara rutin. Kondisi ini juga akan mengakibatkan penularan DBD di masyarakat sulit untuk dikendalikan, karena kasus kasus yang tidak dilakukan PE maka tidak ada tindak lanjut kegiatan untuk memutus rantai penularan penyakit DBD di masyarakat. Hal tersebut diperburuk dengan kondisi rendahnya partisipasi

C. Hambatan Dalam Pelaksanaan Surveilans DBD

Menurut persepsi petugas surveilans, beberapa hambatan yang dapat diidentifikasi berdasarkan hasil wawancara mendalam antara lain :

1. Partisipasi lintas sektor masih rendah.
Rumah sakit merupakan sumber utama data kasus DBD, karena fasilitas laboratoriumnya mampu mendeteksi kasus DBD dengan lebih baik. Namun seringnya kasus DBD yang dilaporkan terlambat ke Dinas Kesehatan atau Puskesmas, sehingga kegiatan PE yang seharusnya dilakukan maksimal 2 x 24 jam menjadi terlambat.
Dukungan sektor main seperti sekolah, kecamatan dan kelurahan dalam menggerakkan masyarakatnya untuk melakukan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk belum optimal.
2. Partisipasi Masyarakat
Hampir semua puskesmas pernah mengalami kesulitan untuk melakukan PE ke Masyarakat, petugas kesulitan masuk ke rumah rumah warga untuk melakukan pemantuan jentik dan pencarian tersangka kasus DBD, karena ada warga yang tidak mau untuk berpartisipasi.
3. Sumber Daya

Hambatan yang paling menonjol dari hasil penelitian ini adalah sumber daya manusia. Hambatan yang berhasil diidentifikasi berdasarkan persepsi responden adalah sebagai berikut ;

- Jumlah tenaga yang kurang untuk mengcover kegiatan PE
- Banyaknya tugas rangkap.
- Sarana Komputer, biasanya komputer bergantian untuk menyelesaikan tugas lain.

4. Kemampuan Laboratorium

Belum semua Puskesmas mampu untuk melakukan diagnosa kasus DBD secara berdasarkan hasil Laboratorium. Sarana Laboratorium dan tenaga laboran masih terbatas. Kondisi ini akan menyebabkan kemampuan deteksi dini kasus DBD menjadi rendah, yang pada akhirnya penanganan kasus DBD secara intensif terlambat. Mengingat Kota Semarang merupakan daerah endemis tinggi penyakit DBD, maka sebaiknya seluruh Puskesmas laboratorium yang mempunyai kemampuan mendeteksi penyakit DBD secara serologis.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan penjelasan di atas maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Masih dijumpai adanya jumlah kasus DBD yang tidak sama antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas.
2. Kecepatan pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi (PE) sejak laporan diterima sudah baik, maksimal 2 x 24 jam, namun prosentase pelaksanaan PE dengan jumlah kasus yang ada rata-rata hanya 62%.
3. Kecepatan pelaksanaan PE sejak penderita masuk rumah sakit rata-rata 14 hari.
4. Kecapatan tindak lanjut hasil PE, untuk kegiatan Penyuluhan, PSN dan larvasidasi sudah baik , karena dilakukan saat PE dilakukan. Untuk tindak lanjut fogging rata-rata 7 hari setelah dilakukan PE.
5. Hambatan – hambatan yang dapat diidentifikasi dalam pelaksanaan surveilans DBD adalah sebagai berikut :
 - Partisipasi lintas sektor
 - Partisipasi Masyarakat
 - Sumber Daya
 - Kemampuan Laboratorium

Saran

1. Perlu ditingkatkan kedisiplinan pelaporan kasus DBD, dan peningkatan validasi data kasus, khususnya pelaporan pihak rumah sakit ke Dinkes atau Puskesmas.
2. Perlu kajian yang lebih mendalam tentang beban kerja petugas Surveilans DBD.
3. Peningkatan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan PE dan PSN.
4. Peningkatan sarana dan kemampuan laboratorium di seluruh puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinkes Kota Semarang, Profil Kesehatan Kota Semarang, tahun 2007
- Dinkes Kota Semarang, Data Kasus DBD tahun 2007 dan 2008.
- Dirjen P2PL Depkes RI, Panduan Praktis Surveilans Epidemiologi Penyakit, 2003.
- Hadinegoro, Sri Rezeki dan Satari, Hindra Irawan. 2002. *Demam Berdarah Dengue*. Balai Penerbit FK UI. Jakarta
- Nadesul, Handrawan. 2007. *Cara Mudah Mengalahkan Demam Berdarah*. Penerbit Buku Kompas. Jakarta
- Judarwanto, Widodo. 2007. *Profil nyamuk Aedes dan pembasmiannya*. (online) (www.medicastore.com 30-1-07)
- Depkes RI, Riskesdas, tahun 2007.