

**EVALUASI PROGRAM PENGENDALIAN PENYAKIT DEMAM BERDARAH DENGUE
TAHUN 2015 (PERBANDINGAN ANTARA PUSKESMAS PATRANG DAN PUSKESMAS
RAMBIPUJI KABUPATEN JEMBER)**

***Evaluation of Dengue Hemorrhagic Fever Disease Control Programs in 2015
(Comparison between Health Center of Patrang and Rambipuji, Jember District)***

¹Anita, ²Abu Khoiri, ³Dyah Kusworini Indriaswati
¹² Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
³ Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit,
Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
e-mail korespondensi : nita846@yahoo.com

Abstract

Health Centers of Patrang and Rambipuji have working area with the potential for the breeding grounds of the Aedes Aegypti mosquito as Dengue-borne disease because being at a height <1000 meters above the sea level. Beside that, they also have area character that is almost same. However, the morbidity rate of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) at Patrang in 2015 amounting to 113,13 per 100.000 population was much higher than Rambipuji amounting to 18,16 per 100.000 population. The study aims to comparing the evaluation of DHF Disease Control Programs between Health Centers of Patrang and Rambipuji at Jember in 2015. The study was descriptive. Variables in the study were evaluation of DHF Disease Control Programs consisting of input, process and output. Data was collected by interview using an interview guide and documentation study using the checklist. The result of the study showed that the input availability of DHF Disease Control Programs in Health Center of Rambipuji more complete than health center of Patrang. Almost of the process of DHF Disease Control Programs implementation in health center of Patrang and Rambipuji equally belong less. Furthermore, the output achievement of DHF Disease Control Programs that namely Larva-Free Number in Rambipuji Health Center was more greater than Patrang Health Center.

Keywords: *Evaluation, Dengue Hemorrhagic Fever Disease Control Programs, Input, Process, Output*

Abstrak

Puskesmas Patrang dan Rambipuji memiliki wilayah kerja yang berpotensi untuk tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes Aegypti* sebagai penular penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) karena berada di ketinggian kurang dari 1000 meter di atas permukaan laut. Selain itu, juga memiliki karakter wilayah yang hampir sama karena letaknya berbatasan. Tetapi, angka kesakitan (*Incident Rate*) penyakit DBD di Puskesmas Patrang tahun 2015 sebesar 113,13 per 100.000 penduduk jauh lebih besar daripada Puskesmas Rambipuji yang sebesar 18,16 per 100.000 penduduk. Penelitian ini bertujuan untuk

¹² Anita dan Abu Khoiri adalah Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Jember

³ Dyah Kusworini Indriaswati adalah Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

membandingkan evaluasi Program Pengendalian Penyakit DBD (P2 DBD) antara Puskesmas Patrang dan Rambipuji Kabupaten Jember tahun 2015. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Variabel penelitian ini adalah evaluasi Program P2 DBD meliputi input, proses, dan output. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara menggunakan panduan wawancara dan studi dokumentasi menggunakan *checklist*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan input Program P2 DBD di Puskesmas Rambipuji lebih lengkap daripada Puskesmas Patrang. Sebagian besar proses pelaksanaan Program P2 DBD di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji tergolong kategori kurang. Selanjutnya, pencapaian output Program P2 DBD yaitu Angka Bebas Jentik (ABJ) di Puskesmas Rambipuji lebih besar daripada Puskesmas Patrang.

Kata Kunci : Evaluasi, Program P2 DBD, Input, Proses, Output

PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah Dengue adalah salah satu penyakit yang memiliki perjalanan penyakitnya yang cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat, serta sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Seiring dengan adanya kasus DBD ini tentunya sangat diperlukan berbagai upaya untuk menangani penderita, mencegah penularan penyakitnya, maupun memberantas nyamuk penularnya. Upaya-upaya tersebut tertuang menjadi program yakni Program Pengendalian Penyakit DBD (P2 DBD). Pentingnya upaya pengendalian DBD dan target P2 DBD ini tertuang dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Rencana Strategis (RENSTRA) Kementerian Kesehatan RI 2015-2019. Program P2 DBD adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian DBD termasuk tindakan untuk membatasi penyebaran penyakit DBD. Mengingat nyamuk ini telah tersebar luas di seluruh Indonesia, baik di rumah-rumah maupun di tempat-tempat umum maka upaya pencegahan tidak hanya merupakan tugas pemerintah (tenaga kesehatan) saja tetapi harus didukung oleh peran serta masyarakat [1].

Pelaksanaan Program P2 DBD ini

harus diiringi dengan adanya kegiatan supervisi dan bimbingan teknis. Kegiatan tersebut biasanya dilakukan dengan istilah monitoring dan evaluasi (monev). Kegiatan ini bertujuan untuk mengarahkan, membimbing serta memecahkan masalah yang dihadapi pelaksana agar dapat menghasilkan kinerja sesuai yang direncanakan dan menilai pelaksanaan P2 DBD. Monitoring adalah pemantauan atau pengumpulan data tanpa membantu atau membimbing pelaksana meningkatkan kemampuan [2]. Evaluasi program merupakan upaya untuk mengukur ketercapaian program, yaitu mengukur seberapa jauh sebuah kebijakan dapat terimplementasikan [3]. Dengan demikian, adanya evaluasi Program P2 DBD ini akan memberikan informasi mengenai kekurangan dan kelemahan yang ada pada pelaksanaan program P2DBD sehingga dapat menjadikan bahan pertimbangan untuk pengambilan keputusan pada pelaksanaan program selanjutnya. Monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat kelurahan/desa sampai ke pusat yang menyangkut pelaksanaan pengendalian DBD, dimulai dari input, proses, output dan outcome yang dicapai pada setiap tahun [2]. Untuk kepentingan praktis, ruang lingkup penilaian tersebut secara sederhana dapat dibedakan menjadi

empat kelompok saja yakni : penilaian terhadap masukan, proses, keluaran dan dampak. Penilaian terhadap masukan (*input*) ini ialah yang menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya, baik sumber dana, tenaga dan ataupun sumber sarana. Penilaian terhadap proses (*process*) lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program, apakah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses yang dimaksudkan disini mencakup semua tahap administrasi, mulai tahap perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan program. Penilaian terhadap keluaran (*output*) ialah penilaian terhadap hasil yang dicapai dari dilaksanakannya suatu program. Penilaian terhadap dampak (*impact*) program mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari dilaksanakannya suatu program [4].

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menunjukkan bahwa kabupaten ini memiliki *Incident Rate* (IR) penyakit DBD sebesar 42,85 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 1,08% pada tahun 2013. Pada tahun 2014, kabupaten ini memiliki IR penyakit DBD sebesar 36,34 per 100.000 penduduk dan CFR sebesar 0,81%, sedangkan pada tahun 2015 memiliki IR penyakit DBD sebesar 40,41 per 100.000 penduduk dan CFR sebesar 1,56%. Berdasarkan data tersebut, dapat dinyatakan bahwa Kabupaten Jember mengalami kenaikan IR dan CFR penyakit DBD pada tahun 2015, setelah mengalami penurunan IR dan CFR pada tahun 2014. Kabupaten Jember memiliki 49 Puskesmas yang terdiri dari 16 Puskesmas belum memenuhi target nasional IR penyakit DBD [5]. Hal ini menunjukkan Angka Kesakitan (IR) penyakit DBD di beberapa puskesmas masih tinggi, sehingga dapat dikatakan Program P2 DBD belum dilaksanakan

secara optimal karena salah satu tujuan dari Program P2 DBD ini adalah untuk menurunkan Angka Kesakitan DBD [2].

Puskesmas Patrang dan Rambipuji memiliki wilayah kerja yang berpotensi untuk tempat berkembang biaknya nyamuk *Aedes Aegypti* sebagai penular penyakit DBD karena berada di ketinggian kurang dari 1.000 meter di atas permukaan laut (mdpl). Puskesmas Patrang memiliki luas wilayah kerja sebesar 36,99 KM² dengan ketinggian tempat berada di kisaran 25-100 mdpl sampai kisaran 500-1.000 mdpl, sedangkan Puskesmas Rambipuji memiliki luas wilayah kerja sebesar 52,80 KM² dengan ketinggian tempat berada di kisaran 25-100 mdpl [6]. Selain itu, kedua puskesmas tersebut juga memiliki karakter wilayah yang hampir sama karena letaknya berbatasan. Selain dipengaruhi oleh letak geografis wilayahnya, penyakit DBD juga dipengaruhi oleh karakter wilayah (perkotaan-pedesaan) yang meliputi kepadatan penduduk, drainase, sanitasi lingkungan, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), mobilitas dan jumlah penduduknya [7]. Tetapi, angka kesakitan (IR) penyakit DBD di Puskesmas Patrang tahun 2015 jauh lebih besar daripada Puskesmas Rambipuji. Puskesmas Patrang memiliki IR penyakit DBD tertinggi tahun 2015 di Kabupaten Jember yaitu sebesar 113,13 per 100.000 penduduk, artinya angka ini belum memenuhi target nasional IR penyakit DBD. Sedangkan Puskesmas Rambipuji memiliki IR penyakit DBD sebesar 18,16 per 100.000 penduduk, artinya angka ini sudah memenuhi target nasional IR penyakit DBD [5]. Target nasional IR penyakit DBD tahun 2015 yaitu <49 per 100.000 penduduk [8].

Tujuan dari penelitian ini adalah membandingkan evaluasi Program Pengendalian Penyakit DBD antara

Puskesmas Patrang dan Rambipuji Kabupaten Jember tahun 2015.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilaksanakan di Puskesmas Patrang dan Rambipuji pada bulan Mei hingga Juli 2016. Responden penelitian ini adalah 24 orang yang diambil dengan teknik *Purposive Sampling*, terdiri dari Kepala Puskesmas, koordinator P2 DBD, koordinator surveilans, koordinator promosi kesehatan, koordinator kesehatan lingkungan, pelaksana laboratorium, tenaga kesehatan wilayah dan kader kesehatan. Variabel penelitian ini adalah evaluasi Program P2 DBD meliputi input, proses, dan output.

Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara menggunakan panduan wawancara. Sedangkan pengumpulan data sekunder dilakukan melalui studi dokumentasi menggunakan *checklist*. Data yang diperoleh melalui wawancara dan studi dokumentasi akan dianalisis tanpa menggunakan uji statistik, tetapi dengan cara membandingkan antara hasil uraian evaluasi Program Pengendalian Penyakit DBD di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji dengan uraian yang ada pada Modul Pengendalian DBD dan acuan lain yang sesuai dengan hasil yang didapatkan. Selanjutnya, data tersebut disajikan dalam bentuk tabel, kemudian dinarasikan dalam bentuk kata-kata sebagai penjelasannya.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian yang bertujuan untuk membandingkan evaluasi Program P2 DBD antara Puskesmas Patrang dan

Puskesmas Rambipuji ini terdiri dari input, proses dan output.

INPUT

Input Program P2 DBD meliputi ketersediaan tenaga dan ketersediaan sarana yang terdiri dari ketersediaan alat dan bahan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase indikator untuk ketersediaan tenaga di Puskesmas Patrang lebih kecil daripada Puskesmas Rambipuji. Puskesmas Patrang memenuhi 75% atau memenuhi 3 dari 4 indikator yang ditentukan untuk ketersediaan tenaga meliputi dokter umum, perawat dan kader. Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu tenaga analis. Sementara itu, Puskesmas Rambipuji memenuhi 100% indikator yang ditentukan untuk ketersediaan tenaga meliputi dokter umum, perawat, analis, dan kader. Berdasarkan uraian tersebut maka pencapaian kriteria indikator untuk ketersediaan tenaga/SDM di Puskesmas Patrang tergolong kurang, sedangkan di Puskesmas Rambipuji tergolong baik. Penilaian indikator ketersediaan tenaga ini dilakukan dengan dua kategori yaitu baik (skor 100%) dan kurang (skor <100%) [9].

Selanjutnya, penilaian indikator ketersediaan sarana dilakukan dengan dua kategori yaitu baik (skor 100%) dan kurang (skor <100%) [2]. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase indikator untuk ketersediaan alat di Puskesmas Patrang lebih kecil daripada Puskesmas Rambipuji. Puskesmas Patrang memenuhi 37,5% atau memenuhi 3 dari 8 indikator yang ditentukan untuk ketersediaan alat meliputi mikroskop, hemometer sahli, dan pipet Hb. Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu manset anak, pipet eritrosit, pipet

leukosit, kamar hitung trombosit, dan hemositometer. Sedangkan Puskesmas Rambipuji memenuhi 87,5% atau memenuhi 7 dari 8 alat yang dibutuhkan meliputi mikroskop, hemometer sahli, pipet Hb, pipet eritrosit, pipet leukosit, kamar hitung trombosit, dan hemositometer. Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian di Puskesmas Rambipuji yaitu manset anak. Berdasarkan uraian tersebut maka pencapaian kriteria indikator untuk ketersediaan alat baik di Puskesmas Patrang maupun di Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong kurang.

Sedangkan persentase indikator untuk ketersediaan bahan dalam Program P2 DBD di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama sebesar 77,8%. Kedua puskesmas tersebut sama-sama memenuhi 6 dari 9 indikator yang ditentukan untuk ketersediaan bahan meliputi Buku Program Pengendalian DBD, Buku Tatalaksana DBD, Buku petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis jumentik, bahan penyuluhan seperti *leaflet* DBD, *flipchart* DBD, dan Poster DBD, formulir K-DBD, formulir W2 dan bagan penatalaksanaan penderita DBD. Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu formulir So, dan formulir W1. Berdasarkan uraian diatas, maka pencapaian kriteria indikator untuk ketersediaan alat di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong kurang.

PROSES

Proses pelaksanaan Program P2 DBD meliputi surveilans kasus, penanggulangan kasus, surveilans vektor, penanggulangan dan penyelidikan KLB, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) atau Bulan Bakti Gerakan 3M DBD, dan peningkatan profesionalisme SDM.

Penilaian indikator untuk proses dilakukan dengan pembagian skor persentase menjadi tiga kategori yaitu baik (skor $\geq 91\%$), sedang (skor 81%-90,99%), dan kurang (skor $\leq 80,99\%$) [10]. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase indikator untuk surveilans kasus di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama sebesar 33,3%. Kedua puskesmas ini hanya memenuhi 2 dari 6 indikator yang ditentukan untuk surveilans kasus yaitu tersedianya dokumen grafik maksimum-minimum bulanan kasus 5 tahun disertai grafik jumlah kasus tahun ini dan tahun yang lalu serta dokumen data pemantauan kasus harian (buku catatan harian) dan pemantauan kasus mingguan. Empat indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu dokumen grafik kasus/insidens, CFR, jumlah Kelurahan/Desa terjangkau per tahun sejak mulai ada DBD serta dokumen musim penularan: grafik (rata-rata) jumlah kasus perbulan selama 5 tahun yang terakhir untuk Kelurahan/Desa, dan juga peta lokasi Kelurahan/Desa rawan DBD (endemis sporadis, potensial maupun bebas) dan yang ditanggulangi tahun ini, serta tabel daftar nama: Kelurahan endemis, Kelurahan sporadis, potensial dan bebas yang ditanggulangi tahun ini. Berdasarkan uraian tersebut, maka pencapaian kriteria indikator untuk pelaksanaan kegiatan surveilans kasus di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong kurang.

Adapun persentase indikator untuk penanggulangan kasus di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama sebesar 83,3%. Kedua puskesmas tersebut sama-sama memenuhi 5 dari 6 indikator meliputi daftar rencana kegiatan puskesmas & jadwal waktunya, catatan pelaksanaan PE, catatan pelaksanaan *Fogging Focus*,

catatan pelaksanaan larvasidasi dan catatan pelaksanaan penyuluhan. Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu daftar inventaris dan stok bahan dan alat di puskesmas meliputi mesin fog, larvasida, dan bahan penyuluhan. Berdasarkan uraian diatas, maka pencapaian kriteria indikator untuk pelaksanaan kegiatan penanggulangan kasus di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong sedang. Sedangkan persentase indikator untuk surveilans vektor di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama sebesar 66,7%. Kedua puskesmas ini sama-sama memenuhi 2 dari 3 indikator meliputi formulir PJB-R (hasil PJB rumah untuk masing-masing kelurahan) dan formulir PJB-TU (hasil PJB sekolah/TTU). Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu usulan rencana kegiatan surveilans vektor (pemberantasan vektor dan Bulan Bakti Gerakan 3M). Berdasarkan uraian tersebut, maka pencapaian kriteria indikator untuk pelaksanaan kegiatan surveilans vektor di Puskesmas Patrang dan di Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong kurang.

Selanjutnya, persentase indikator untuk penanggulangan dan penyelidikan KLB di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama sebesar 0%. Kedua puskesmas tersebut tidak memenuhi semua indikator untuk kegiatan penanggulangan dan penyelidikan KLB. Dengan demikian, maka menunjukkan bahwa Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama tidak melaksanakan kegiatan penanggulangan dan penyelidikan KLB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ditemukan adanya dokumen rencana kelurahan yang akan dilakukan *fogging* massal (tabel), realisasi kelurahan yang dilakukan *fogging* massal

(tabel), laporan pelaksanaan *fogging* massal 2 siklus dengan interval 1 minggu, laporan pelaksanaan larvasidasi massal, dan laporan pelaksanaan PSN-DBD massal dan serentak. Kedua puskesmas tersebut tidak melaksanakan kegiatan penanggulangan dan penyelidikan KLB dikarenakan tidak ada indikasi daerah KLB sehingga tidak layak untuk dilakukan *fogging* massal, larvasidasi dan PSN massal. Adapun persentase indikator untuk Pemberantasan Sarang Nyamuk atau Bulan Bakti Gerakan 3M DBD di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama sebesar 75%. Kedua puskesmas tersebut sama-sama memenuhi 3 dari 4 indikator yaitu tersedianya dokumen SK atau Instruksi Camat tentang PSN, susunan TIM Penggerak PSN (POKJA DBD), dan laporan hasil penyuluhan. Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu dokumen pertemuan Lintas Sektoral. Berdasarkan uraian tersebut, maka hasil evaluasi terkait pencapaian kriteria indikator untuk pelaksanaan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk atau Bulan Bakti Gerakan 3M DBD di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong kurang.

Kemudian, persentase indikator untuk peningkatan profesionalisme SDM di Puskesmas Patrang lebih kecil daripada Puskesmas Rambipuji. Puskesmas Patrang memenuhi indikator sebesar 25% atau memenuhi 1 dari 4 indikator yang ditentukan yaitu data petugas pengelola program yang sudah dilatih atau mengikuti pertemuan. Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu data dokter puskesmas yang sudah dilatih tatalaksana kasus DBD, dokumen petugas laboratorium telah melakukan pemeriksaan trombosit dan hematokrit, serta laporan pelatihan kader PSN

(Jumantik). Sedangkan Puskesmas Rambipuji memenuhi sebesar 50% indikator atau memenuhi 2 dari 4 indikator yang dibutuhkan meliputi data petugas pengelola program yang sudah dilatih atau mengikuti pertemuan dan dokumen petugas laboratorium telah melakukan pemeriksaan trombosit dan hematokrit. Indikator yang tidak ditemukan pada saat penelitian yaitu data dokter puskesmas yang sudah dilatih tatalaksana kasus DBD dan laporan pelatihan kader PSN (Jumantik). Berdasarkan uraian tersebut, maka pencapaian kriteria indikator untuk pelaksanaan kegiatan peningkatan profesionalisme SDM di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong kurang.

OUTPUT

Output Program P2 DBD yang diteliti yaitu Angka Bebas Jentik (ABJ). Penilaian indikator untuk ABJ ini dilakukan dengan dua kategori yaitu baik ($\geq 95\%$) dan kurang ($< 95\%$) [2]. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pencapaian ABJ di Puskesmas Patrang sebesar 89,8% dan di Puskesmas Rambipuji sebesar 90,55%. Berdasarkan uraian tersebut, maka pencapaian kriteria indikator di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong kurang. Artinya, kedua puskesmas tersebut masih belum mencapai indikator yang ditetapkan untuk ABJ yaitu $\geq 95\%$.

PEMBAHASAN

Input Program P2 DBD di Puskesmas Rambipuji tergolong lebih lengkap daripada Puskesmas Patrang untuk ketersediaan tenaga dan ketersediaan alat. Ketersediaan tenaga di Puskesmas Rambipuji lebih lengkap dari

pada Puskesmas Patrang dikarenakan pemeriksa laboratorium di Puskesmas Patrang bukan dilakukan oleh seorang analis melainkan oleh seorang lulusan SMEA yang mendapatkan Pelatihan Laboratorium Puskesmas. Sesuai dengan Widyastuti [9] menyatakan bahwa sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam pelaksanaan Program P2 DBD tingkat Puskesmas meliputi dokter umum sebagai pemeriksa di Puskesmas, perawat sebagai perawat dan wasor Program Demam Berdarah *Dengue* di Puskesmas, analis sebagai pemeriksa laboratorium Demam Berdarah *Dengue*, dan kader sebagai panutan dan penggerak masyarakat dalam pelaksanaan penanggulangan DBD. Berdasarkan uraian tersebut, pemeriksa laboratorium di Puskesmas Patrang seharusnya dipegang oleh seorang analis, sehingga memiliki kompetensi dan keterampilan yang memadai tentang laboratorium dan juga terkait tindakan spesimen lengkap seperti pemeriksaan trombosit dan hematokrit yang menjadi salah satu dasar penegakan diagnosis penyakit DBD. Puskesmas Patrang sudah memberikan usulan penambahan tenaga analis kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, tetapi belum mendapatkan rekomendasinya.

Tidak adanya analis di Puskesmas Patrang berkaitan dengan ketersediaan alat laboratoriumnya. Hal ini terbukti dengan ketersediaan alat di Puskesmas Rambipuji yang lebih lengkap daripada Puskesmas Patrang dikarenakan pengadaan alat harus disesuaikan dengan tenaga yang menggunakannya sehingga memahami fungsi dan kegunaannya serta dapat mengaplikasikan alat tersebut, sementara itu alat yang belum tersedia di Puskesmas Patrang merupakan alat laboratorium yang digunakan oleh seorang analis. Sedangkan untuk

ketersediaan bahan di kedua puskesmas tersebut sama-sama tergolong kurang dikarenakan sebagai puskesmas perawatan, kedua puskesmas tersebut belum menggunakan formulir So untuk pendataan pasien DBD. Puskesmas Patrang biasanya langsung memberikan rujukan untuk melaksanakan perawatan medis di rumah sakit ketika pemeriksaan awal pasien menunjukkan kategori suspek (tersangka) DBD. Di samping hal itu, koordinator P2 DBD di kedua puskesmas tersebut yang juga sebagai salah satu perawat di zaal perawatan puskesmas belum memahami tentang formulir So tersebut. Selanjutnya, kedua puskesmas tersebut juga belum menggunakan formulir W1 sebagai laporan adanya KLB DBD karena Puskesmas Patrang menganggap tidak ada indikasi KLB DBD padahal sebenarnya ada indikasi KLB DBD pada bulan Januari tahun 2015 (terjadi peningkatan jumlah penderita DBD sebanyak lebih dari 2 kali dalam kurun waktu 1 bulan dibandingkan dengan bulan sebelumnya), sedangkan Puskesmas Rambipuji tidak menggunakan formulir ini karena memang tidak ada indikasi daerah KLB DBD padahal seharusnya puskesmas tetap menyediakan formulir tersebut.

Input Program P2 DBD diatas menjadi dasar yang diperlukan pada saat proses Program P2 DBD dilaksanakan. Ketersediaan tenaga dan alat yang kurang di Puskesmas Patrang berkaitan dengan tidak adanya dokumen petugas laboratorium telah melakukan pemeriksaan trombosit dan hematokrit pada kegiatan peningkatan profesionalisme SDM sehingga persentase indikator untuk peningkatan profesionalisme SDM lebih besar di Puskesmas Rambipuji daripada Puskesmas Patrang. Sedangkan pencapaian kriteria indikator untuk

peningkatan profesionalisme SDM di kedua puskesmas tersebut sama-sama tergolong kurang dikarenakan kedua puskesmas tersebut tidak memiliki data dokter puskesmas yang sudah dilatih tatalaksana kasus DBD dan laporan pelatihan kader PSN (Jumantik). Selanjutnya, ketersediaan bahan yang kurang di kedua puskesmas tersebut yaitu formulir W1 berkaitan dengan tidak dilaksanakannya kegiatan penanggulangan dan penyelidikan KLB oleh kedua puskesmas tersebut. Kedua puskesmas tersebut tidak melaksanakan kegiatan penanggulangan dan penyelidikan KLB, hal ini terbukti dengan tidak adanya laporan *fogging* massal, larvasidasi massal serta PSN secara massal dan serentak pada saat terjadi KLB DBD padahal Puskesmas Patrang memiliki indikasi KLB DBD pada bulan Januari tahun 2015 (terdapat 17 orang penderita DBD) dengan adanya peningkatan jumlah penderita DBD lebih dari dua kali dalam kurun waktu 1 bulan dibandingkan dengan bulan sebelumnya (Desember 2014 terdapat 2 orang penderita DBD). Hal ini tidak sesuai dengan Peraturan Bupati Jember Nomor 16 tahun 2015 pasal 1 ayat 16 menyatakan bahwa Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah *Dengue* yang selanjutnya disingkat KLB DBD adalah terjadinya peningkatan jumlah penderita DBD di suatu wilayah sebanyak 2 (dua) kali atau lebih dalam kurun waktu 1 (satu) minggu/bulan dibandingkan dengan minggu/bulan sebelumnya atau bulan yang sama pada tahun lalu. Selain itu, Puskesmas Patrang belum mendokumentasikan Peraturan Bupati Jember Nomor 16 tahun 2015 tentang Pengendalian Penyakit DBD di Kabupaten Jember yang dapat dijadikan pedoman untuk mengidentifikasi adanya KLB DBD. Sedangkan, di Puskesmas Rambipuji memang tidak terdapat

indikasi KLB DBD pada tahun 2015 sehingga memang seharusnya tidak dilakukan kegiatan fogging massal, larvasidasi massal serta PSN secara massal dan serentak. Hal ini sesuai dengan Peraturan Bupati Jember Nomor 16 tahun 2015 tentang P2 DBD di Kabupaten Jember yang menyatakan bahwa penanggulangan KLB DBD dilakukan pada saat terjadi wabah atau KLB. Selain itu, Puskesmas Rambipuji telah mendokumentasikan Peraturan Bupati tersebut, yang dapat dijadikan pedoman untuk pelaksanaan kegiatan penanggulangan penyakit DBD.

Selain kegiatan peningkatan profesionalisme SDM yang tergolong kurang, proses pelaksanaan Program P2 DBD di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji yang juga sama-sama tergolong kurang yaitu kegiatan surveilans kasus, surveilans vektor, dan PSN atau Bulan Bakti Gerakan 3M DBD. Pencapaian kriteria indikator untuk surveilans kasus di kedua puskesmas tersebut sama-sama tergolong kurang dikarenakan pengolahan dan penyajian data penderita DBD oleh kedua puskesmas tersebut belum menunjukkan penentuan stratifikasi desa/kelurahan penyakit DBD, penentuan musim penularan DBD, dan kecenderungan situasi penyakit DBD. Hal ini tidak sesuai dengan Dirjen P2PL Kemenkes RI [2] yang menyatakan bahwa data pada buku catatan harian DBD diolah dan disajikan salah satu diantaranya dalam bentuk yang dapat menunjukkan penentuan stratifikasi desa/kelurahan penyakit DBD, penentuan musim penularan DBD dan mengetahui kecenderungan situasi penyakit DBD. Pengolahan dan penyajian data yang kurang optimal di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji dikarenakan koordinator surveilans di kedua Puskesmas tersebut belum memahami tentang tabel, grafik dan peta

yang dapat menunjukkan penentuan stratifikasi desa/kelurahan penyakit DBD, penentuan musim penularan DBD dan kecenderungan situasi penyakit DBD. Pengolahan dan penyajian data yang dilakukan hanya untuk memenuhi kebutuhan laporan Penilaian Kinerja Puskesmas tahunan.

Selanjutnya, pencapaian kriteria indikator untuk surveilans vektor di kedua puskesmas tersebut sama-sama tergolong kurang dikarenakan kegiatan surveilans vektor di kedua puskesmas tersebut hanya berdasarkan Keputusan Bupati Jember Nomor 188.45/127/012/2008 tentang Tim Gerakan Jum'at Bersih dan Pemberantasan Sarang Nyamuk Kabupaten Jember, sehingga surveilans vektor DBD yang dilakukan berupa kegiatan pemeriksaan jentik yang dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan Gerakan PSN 60 menit setiap hari Jumat oleh jumantik dan oleh petugas puskesmas sesuai jadwal kunjungan supervisi Gerakan PSN 60 menit tersebut sehingga tidak membuat usulan rencana kegiatan surveilans vektor (pemberantasan vektor dan Bulan Bakti Gerakan 3M DBD). Surveilans vektor di lapangan dilakukan salah satunya dengan kegiatan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) setiap 3 bulan sekali dan dilaksanakan oleh petugas puskesmas [2]. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedua puskesmas tersebut tidak melakukan PJB oleh petugas puskesmas yang seharusnya dilaksanakan setiap 3 bulan sekali melainkan hanya melakukan pemeriksaan jentik setiap hari Jum'at oleh jumantik dan oleh petugas puskesmas sesuai jadwal kunjungan supervisi Gerakan PSN 60 menit. Hal ini tidak sesuai dengan Peraturan Bupati Jember Nomor 16 tahun 2015 tentang P2 DBD di Kabupaten Jember, yang

menyatakan bahwa pemeriksaan jentik oleh tenaga kesehatan/petugas puskesmas dilaksanakan dengan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) setiap 3 bulan sekali dengan target pemeriksaan 100 rumah di setiap desa/kelurahan yang dipilih secara sampling dan dilakukan evaluasi pelaksanaan PSN.

Sedangkan pencapaian kriteria indikator untuk PSN atau Bulan Bakti Gerakan 3M DBD di kedua puskesmas tersebut sama-sama tergolong kurang dikarenakan tidak adanya dokumen pertemuan lintas sektoral yang tertuang dalam Buku Lokakarya Mini Eksternal Puskesmas. Buku tersebut dinyatakan hilang oleh Puskesmas Patrang dikarenakan adanya pergantian petugas notulen Lokakarya Mini Eksternal, sementara itu di Puskesmas Rambipuji terdapat kesenjangan antara hasil wawancara yang menyatakan bahwa sudah dilakukan pertemuan lintas sektoral sebanyak 3 kali dengan hasil studi dokumentasi yang menyatakan bahwa tidak ada laporan notulen terkait pelaksanaan pertemuan lintas sektoral pada Buku Lokakarya Mini Eksternal Puskesmas. Hal ini tidak sesuai dengan Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Depkes RI [11] yang menyatakan bahwa puskesmas harus menugaskan salah seorang staf untuk membuat notulen lokakarya pada penyelenggaraan lokakarya tribulan lintas sektoral.

Di samping tergolong kurang, proses pelaksanaan Program P2 DBD juga ada yang tergolong sedang di kedua puskesmas tersebut yaitu penanggulangan kasus. Hal ini dikarenakan tidak memiliki dokumen daftar inventaris dan stok bahan dan alat di Puskesmas: mesin fog, larvasida, dan bahan penyuluhan. Kemudian, pencapaian output Program P2 DBD yaitu ABJ di Puskesmas Patrang dan

Puskesmas Rambipuji sama-sama belum mencapai target nasional ABJ yaitu $\geq 95\%$. Hal ini dikarenakan peran serta kader/Jumantik belum dilaksanakan secara optimal dengan bukti adanya beberapa kader/Jumantik yang tidak melaporkan hasil pemeriksaan jentiknya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Mubarokah [12] yang menyatakan bahwa penggerakan Juru Pemantau Jentik (jumantik) dapat meningkatkan Angka Bebas Jentik DBD (ABJ DBD), artinya ada perbedaan yang bermakna ABJ DBD antara sebelum dan sesudah penggerakan Jumantik. Kader/Jumantik ini sebagai penggerak masyarakat dalam melaksanakan kegiatan PSN (yang dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan pemeriksaan jentik) yang ditujukan untuk mencegah berkembangbiakan nyamuk penular DBD sehingga sangat diperlukan peran serta dari kader/Jumantik tersebut.

SIMPULAN DAN SARAN

Ketersediaan input Program P2 DBD di Puskesmas Rambipuji lebih lengkap daripada Puskesmas Patrang untuk ketersediaan tenaga dan ketersediaan alat, sedangkan untuk ketersediaan bahan sama-sama tergolong kurang. Kemudian, proses pelaksanaan Program P2 DBD di Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji sama-sama tergolong kategori kurang untuk kegiatan surveilans kasus, surveilans vektor, Pemberantasan Sarang Nyamuk atau Bulan Bakti Gerakan 3M DBD, dan peningkatan profesionalisme SDM. Sedangkan untuk kegiatan penanggulangan kasus sama-sama tergolong sedang dan untuk penanggulangan dan penyelidikan KLB tidak dilaksanakan oleh kedua puskesmas tersebut. Selanjutnya,

pencapaian output Program P2 DBD yaitu Angka Bebas Jentik (ABJ) di Puskesmas Rambipuji lebih besar daripada Puskesmas Patrang.

Berdasarkan penelitian ini maka diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk memberikan rekomendasi penambahan tenaga analis kesehatan di Puskesmas Patrang, meningkatkan monitoring terhadap kegiatan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) dan memberikan sosialisasi ulang terkait Peraturan Bupati Jember Nomor 16 Tahun 2015 tentang P2 DBD di Kabupaten Jember dan Surat Keputusan Bupati Jember Nomor 188.45/222.1/012/2015 tentang Tim P2 DBD di Kabupaten Jember. Sedangkan Puskesmas Patrang diharapkan untuk tetap mengusulkan penambahan tenaga analis kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan mengimplementasikan kegiatan Fogging, larvasidasi dan PSN secara massal ketika terdapat indikasi KLB DBD. Selain itu, Puskesmas Patrang dan Puskesmas Rambipuji diharapkan untuk membuat dan menyimpan format formulir So dan formulir W1, meningkatkan pengolahan dan penyajian data DBD dalam pembuatan tabel, grafik dan peta yang menunjukkan penentuan stratifikasi desa/kelurahan penyakit DBD, penentuan musim penularan DBD dan kecenderungan situasi penyakit DBD. Di samping itu, juga diharapkan untuk mengimplementasikan kegiatan PSN secara khusus selama 1 bulan pada saat sebelum perkiraan peningkatan jumlah kasus dan meningkatkan manajemen pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan dalam Program P2 DBD yang telah dilaksanakan.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Indonesia. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pemberantasan Nyamuk Penular Demam Berdarah Dengue. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2005.
- [2] Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue. [Internet]. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan; 2011 [cited 2015 June 02]. Available from: <https://www.scribd.com/doc/220896897/Manajemen-DBD-All> [3, p85] Supriyanto S, Damayanti NA. Perencanaan dan Evaluasi, buku dua. Surabaya: Administrasi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Airlangga University Press; 2003. [4,p346] Azrul A. Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga. Jakarta: Binarupa Aksara; 1996.
- [5] Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2015. Jember: Bagian Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan; 2015.
- [6] Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember. Kabupaten Jember dalam Angka Tahun 2005/2006. Jember: Badan Perencanaan Pembangunan

- Kabupaten (BAPPEKAB) Pemerintah Kabupaten Jember; 2015.
- [7] Mangguang MDt. Analisis Epidemiologi Penyakit Demam Berdarah Dengue melalui Pendekatan Spasial Temporal dan Hubungannya dengan Faktor Iklim di Kota Padang Tahun 2008-2010. Skripsi [Internet]. 2011 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=113483&val=5182>
- [8] Indonesia. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2015 [cited 2015 July 08]. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf>
- [9] Widyastuti YN. Evaluasi Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue UPT Puskesmas Kecamatan Cimanggis Depok Periode Januari-Desember 2011. Skripsi [Internet]. 2012 [cited 2016 January 10]. Available from: <https://www.scribd.com/doc/19128454/EVALUASI-PROGRAM-PENANGGULANGAN-DBD>
- [10] Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Penilaian Kinerja Puskesmas Tahun 2015. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember; 2015.
- [11] Indonesia. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Lokakarya Mini Puskesmas. [Internet]. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat; 2006 [cited 2016 August 10]. Available from: <https://www.scribd.com/doc/167280033/Buku-Pedoman-LOKMIN>
- [12] Mubarokah R. Upaya Peningkatan Angka Bebas Jentik (ABJ) DBD melalui Penggerakan Jumantik. Unnes Journal of Public Health [Internet]. 2013 May [cited 2016 August 10];2(3):[about 9pp.]. Available from: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/uiph>