



KEEFEKTIFAN PETUGAS SURVEILANS KESEHATAN DEMAM BERDARAH DENGUE DALAM MENENTUKAN ANGKA BEBAS JENTIK

Citra Resmi Lestariana Putri[✉], dan Budi Laksono

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana, Universitas Negeri Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:
Diterima Agustus 2016
Disetujui September 2016
Dipublikasikan Januari 2017

Keywords:
DHF; Larvae-Free
Rate; Semarang City;
Surveillance Officer.

Abstrak

Petugas surveilans kesehatan demam berdarah dengue (DBD) merupakan salah satu program pencegahan dan pengendalian kasus DBD di Kota Semarang. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui keefektifan petugas surveilans DBD dalam menentukan Angka Bebas Jentik (ABJ) di Kota Semarang. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif yang didukung kualitatif dengan desain penelitian survei deskriptif. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 57 petugas surveilans kesehatan DBD yang ditentukan dengan teknik cluster sampling dan 3 diantaranya sebagai informan untuk melengkapi data kuantitatif. Teknik pengambilan data berupa wawancara dan dokumentasi. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan penentuan rumus efektivitas dan menggunakan model Miles dan Hubberman untuk data kualitatif. Hasil yang diperoleh yaitu program petugas surveilans kesehatan DBD di Kota Semarang sudah efektif. Hal ini terlihat dalam hasil nilai efektivitas pada masing-masing komponen yang dibandingkan dengan tabel persentase efektivitas program yaitu pada aspek input efektif (71%), aspek proses sangat sangat efektif (92%), dan aspek output efektif (77%), walaupun pada masing-masing aspek masih terdapat kendala.

Abstract

Health surveillance officers of dengue hemorrhagic fever (DHF) was one of DHF prevention and control programs Semarang City. The aim of this research was to know the effectiveness of DHF surveillance officers to determine larvae-free rate in Semarang City. This research was quantitative supported by qualitative study with descriptive survey design. Samples in this research were 57 DHF health surveillance officers determined by cluster sampling technique and 3 of them as informants to complete the quantitative data. Techniques of collecting data were interviews and documentation. Data analysis was done descriptively by determining the effectiveness formula and using Miles and Hubberman model for qualitative data. The study showed that DHF health surveillance officers in Semarang City has been effective. It showed from effectiveness result score of each component compared with the percentage table of program effectiveness that input aspect was effective (71%), process aspect was very effective (92%), and output aspect was effective (77%), even though there were still obstacles in each aspect.

© 2017 Universitas Negeri Semarang

[✉] Alamat korespondensi:
Program Pascasarjana Unnes Kampus Unnes Bendan Ngisor
Semarang, 50233
E-mail: citraresmi120590@gmail.com

PENDAHULUAN

Penyakit demam berdarah dengue (DBD) disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* (Xu, 2007). Virus *dengue* juga dapat ditularkan melalui transfusi darah berasal dari penderita *asimptomatik* yang terjadi di Singapura tahun 2007 (Tambyah 2008). DBD ditemukan di wilayah tropis dan subtropis, terutama Asia Tenggara, Amerika Tengah, Amerika dan Karibia (Kurane, 2007). Pada tahun 2014 - pertengahan Desember tercatat penderita DBD di 34 provinsi di Indonesia sebanyak 71.668 orang, dan 641 diantaranya meninggal dunia. Angka Kesakitan DBD di Jawa Tengah berdasarkan Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2013 adalah sebesar 45,53/100.000 penduduk, meningkat bila dibandingkan tahun 2012 (19,29/100.000 penduduk). Angka kematian DBD Provinsi Jawa tengah tahun 2013 sebesar 1,21%. Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2014 menunjukkan bahwa DBD masuk dalam 10 besar penyakit rumah sakit di Kota Semarang yaitu sejumlah 5.567 kasus dan berada di urutan ke-4 setelah *tipoid*, diare, dan hipertensi. Data dari bulan Januari- April 2015 menunjukkan bahwa jumlah kasus DBD di Kota Semarang sebanyak 1223 kasus dengan angka kematian 11 orang. Upaya penanggulangan DBD yang telah dilakukan hingga saat ini adalah PSN 3M Plus, Juru Pemantau Jentik (JUMANTIK), penyuluhan petugas kesehatan, dan pengasapan (*fogging*). Pada kenyataannya, tidak mudah memberantas DBD karena terdapat hambatan dalam pelaksanaannya (Sungkar, 2007; Rezania, 2015).

Pemkot Kota Semarang mengeluarkan Perda Kota Semarang No.5 Tahun 2010 tentang Pengendalian Penyakit DBD pembentukan Petugas Surveilans Kesehatan Kota Semarang (GASURKES DBD) yaitu petugas kesehatan yang bertugas mengendalikan DBD di Kota Semarang dengan kegiatan pemantauan jentik rutin yang berulang dan penyuluhan DBD. Manajemen kegiatan yang baik mulai dari perencanaan hingga evaluasi diperlukan agar kegiatan surveilans secara keseluruhan dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Komponen manajemen surveilans yaitu kegiatan *input*, proses, dan *output*. *Input* terdiri dari 5M yaitu *Man* (manusia atau tenaga), *money* (dana), *material-machine* (sarana-prasarana), *method* (metode), dan *market* (sasaran). Proses terdiri dari pengumpulan data, pengolahan, analisis data. Indikator *Output* terdiri dari ketersediaan informasi epidemiologi berupa laporan Angka Bebas Jentik (ABJ) dan monitoring evaluasi.

Hasil penelitian Susanti (2014) menyebutkan bahwa petugas surveilans ada yang melakukan perencanaan, pelaksanaan dan ada juga yang tidak. Hal ini diperkuat penelitian Sitepu (2012) bahwa faktor penyebab lemahnya sistem surveilans DBD antara lain masih terdapat tenaga surveilans yang belum pernah mendapat pelatihan mengenai surveilans, banyak petugas yang memiliki tugas rangkap, ketersediaan alat pengolahan data dan sarana transportasi masih kurang, belum semua petugas melaksanakan komponen sistem surveilans. Petugas melakukan analisis data berdasarkan kelurahan/desa belum menampilkan data dalam bentuk peta (map) menurut area geografis maupun peta klasifikasi daerah rawan DBD. Evaluasi yang dilakukan terhadap variabel output, penyajian data masih dilakukan secara manual dan juga belum dilaksanakan maksimal.

Keberhasilan kegiatan pemantauan jentik diukur dengan ABJ. Apabila ABJ $\geq 95\%$ diharapkan penularan DBD dapat dicegah. Beberapa daerah telah melaporkan bahwa ABJ telah mencapai 90-95%, tetapi pada kenyataannya jumlah penderita DBD masih tetap tinggi. Hasil pemantauan jentik yang akurat sangat diperlukan sebagai upaya pencegahan dan pemberantasan DBD. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keefektifan Petugas Surveilans Kesehatan Demam Berdarah Dengue (GASURKES DBD) dalam menentukan Angka Bebas Jentik (ABJ) di Kota Semarang ditinjau dari aspek *input*, proses dan *output*.

METODE PENELITIAN

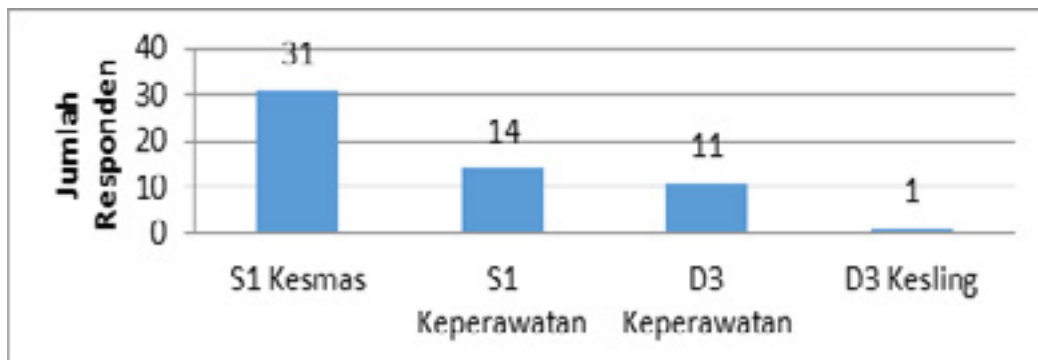
Penelitian ini merupakan kuantitatif dengan desain survei deskriptif yaitu penelitian untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan program di masa sekarang, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut. Penelitian ini didukung penelitian kualitatif untuk mempertajam informasi yang diterima mengenai pelaksanaan program GASURKES DBD. Responden penelitian adalah GASURKES DBD Kota Semarang. Populasi penelitian ini adalah semua GASURKES DBD se-Kota Semarang dalam 3 kelompok wilayah kerja kecamatan berjumlah total 227 orang. Besar sampel adalah 57 GASURKES DBD dan sebanyak 3 petugas dari sampel telah diwawancarai secara mendalam sebagai informan penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan studi dokumentasi. Analisis data kuantitatif menggunakan rumus presentase efektifitas. Analisis data kualitatif dengan menggunakan Miles and Huberman.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Keefektifan Aspek Masukan (*Input*)

Jumlah tenaga GASURKES DBD dirasakan kurang karena faktor luas wilayah. Data kualitatif berdasarkan tenaga menyebutkan bahwa jumlah GASURKES DBD sudah mencukupi, tetapi untuk wilayah kelurahan dengan kasus DBD yang banyak perlu ditambah petugas. GASURKES DBD memiliki jenjang pendidikan dalam Gambar 1 berikut:

yang sudah dilakukan berbeda dengan pelatihan karena petugas tidak diberikan sertifikat setelah mengikuti pelatihan. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Mustaring (2010) bahwa kualitas sumber daya manusia tidak terlepas dari keikutsertaan pelatihan yang dapat membantu dan meningkatkan kinerja petugas. Hasil penelitian Sittepu (2012) mengatakan bahwa faktor penyebab lemahnya sistem surveilans DBD antara lain masih terdapat tenaga surveilans yang belum pernah mendapat pelatihan mengenai surveilans yang



Gambar 1. Jenjang Pendidikan GASURKES DBD

Sebagian besar petugas lulusan Sarjana Kesehatan masyarakat yaitu sebanyak 31 orang. Hal tersebut sejalan dengan Permenkes RI Nomor 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan yaitu tenaga GASURKES di tingkat Dinkes Kab/Kota terdiri dari 1 tenaga epidemiologi ahli (S2), 2 tenaga epidemiologi ahli (S1) dan 1 tenaga dokter umum. Kualifikasi pendidikan dokter umum kaitannya dengan GASURKES DBD berperan sebagai Kepala Bidang P2P (Pencegahan dan Pengendalian), sedangkan tenaga epidemiologi ahli (S2) tidak langsung melaksanakan tugas lapangan sebagai GASURKES DBD, melainkan sebagai Kepala seksi P2B2 (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang). Hal ini sesuai dengan penelitian Natalia, (2012) bahwa pendidikan akan mempengaruhi terbentuknya perilaku secara tidak langsung, karena semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat pengetahuannya.

Semua GASURKES DBD menyatakan telah mengikuti pelatihan dan tidak mendapatkan sertifikat. Hal ini didukung dengan data kualitatif berdasarkan pelatihan bahwa GASURKES DBD diberikan pelatihan penyuluhan serta pelatihan komunikasi advokasi. Pelatihan DBD tidak ada, tetapi petugas mendapatkan pembekalan tentang gambaran tugas dilapangan. Pembekalan

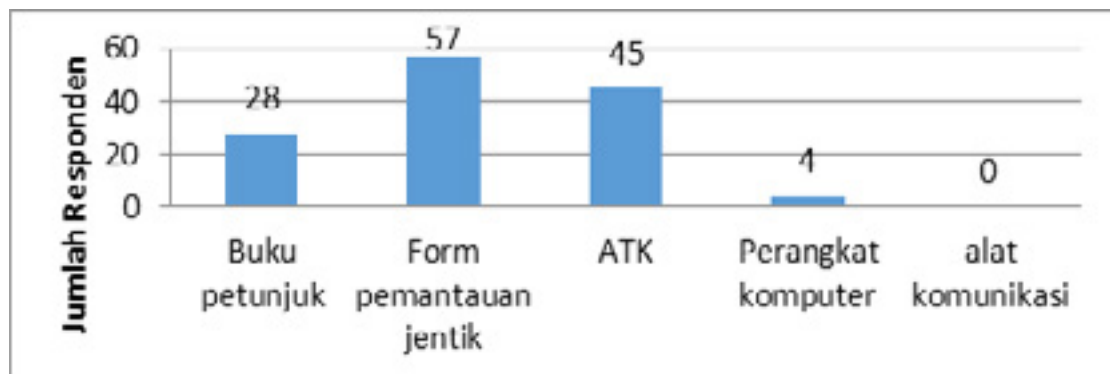
sejalan terhadap hasil penelitian ini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 28 petugas mendapatkan buku petunjuk pelaksanaan GASURKES. Data kualitatif tentang modul yang mendukung menyatakan bahwa modul/buku pedoman tidak ada, tetapi GASURKES DBD diberikan petunjuk teknis untuk melaksanakan tugasnya dalam bentuk CD. Semua GASURKES DBD diberikan formulir pemantauan jentik nyamuk, 45 orang diberikan alat tulis kantor, hanya 4 orang saja yang mendapatkan perangkat komputer. Hasil penelitian kualitatif tentang sarana dan prasarana yaitu GASURKES DBD mendapatkan form pemantauan jentik, form penyuluhan, dan form advokasi dan koordinasi. Alat tulis kantor yang didapatkan berupa buku agenda, pulpen, papanjalen, stopmap yang diberikan pada awal pembekalan. Koordinator kecamatan saja yang mendapat laptop.

Petugas juga dibekali dengan formulir pemantauan jentik, penyuluhan, dan advoksi yang jumlahnya sudah mencukupi. Hal tersebut tidak sesuai dengan tataran ideal dalam Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue yang dikeluarkan oleh Ditjen P2PL Kemenkes RI tahun 2011 bahwa jenis formulir pelaporan surveilans DBD di Dinas Kesehatan Kab/Kota terdiri dari DP-DBD, form KDRS, form K-DBD, form W1 dan form W2. Alat Tulis Kantor yang tersedia meliputi: buku agenda, HVS, tinta print, bolpoint,

stopmap, dan papan jalan yang diberikan pada saat pembekalan. Ketersediaan ATK tersebut sudah sesuai Permenkes RI Nomor 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan bahwa yang termasuk ATK pada surveilans DBD sekurang-kurangnya meliputi: pensil, bolpoin, penggaris, kertas HVS, stempel beserta tinta dan penjepit kertas. Perangkat komputer yang digunakan untuk kegiatan GASURKES DBD tingkat kecamatan terdiri dari 1 perangkat laptop, 1 unit printer beserta kertas HVS, tinta kertas. Hasil ini sudah sesuai dengan Permenkes RI Nomor 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan bahwa sarana komputer dan perlengkapannya dibutuhkan dalam penyelenggaraan surveilans. Sarana dan prasarana GASURKES DBD ditunjukkan dalam Gambar 2 berikut:

habis pihak DKK sudah menyediakan. Hal ini sesuai dengan Rahayu (2012) bahwa jika sarana dan prasarana tidak ada, maka tugas pekerjaan spesifik tidak dapat diselesaikan sebagaimana seharusnya dan pekerjaan tidak mungkin dapat dilakukan bahkan akan mengalami hambatan. Sesuai target pemantauan jentik tidak hanya di forum masyarakat, tetapi di sekolah dan tempat ibadah, maupun institusi pemerintahan. Peran serta lintas sektor untuk GASURKES DBD seperti Dinas Pendidikan dan Kementerian Agama cukup baik. DKK sudah melakukan fasilitasi pertemuan atau mengundang lintas sektor ini melalui monev. Hal ini didukung oleh Kartiawan (2009) bahwa penyebarluasan informasi yang dimaksud adalah menyebarkan data yang sudah diolah menjadi informasi kepada pengambil



Gambar 2. Jenis sarana dan prasarana GASURKES DBD

Berdasarkan hasil penelitian, hanya sejumlah 4 orang saja yang mendapat alat komunikasi. Perangkat surveilans lain seperti senter untuk pemantauan jentik masih dirasakan kurang. Sarana untuk penyuluhan menggunakan lembar balik, jika rusak petugas mengganti/ bertanggung jawab atas kerusakan tersebut. Alat komunikasi yang digunakan menggunakan telepon selular masing-masing petugas. Hal ini sudah sejalan dengan Permenkes RI Nomor 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan yaitu alat komunikasi yang digunakan dalam pengiriman data maupun kegiatan komunikasi lain meliputi telepon, faksimili, jaringan internet, alamat email, dan handphone. GASURKES DBD menggunakan aplikasi dalam handphone berupa *whatsapp*, dan *BBM* sebagai komunikasi kegiatan GASURKES lainnya. Hal ini didukung oleh penelitian Siyam (2013) menyebutkan bahwa metode pelaporan data DBD via telepon untuk ketepatan dan kelengkapan secara bermakna. Perangkat surveilans lain seperti form, alat pemantauan jentik sudah cukup untuk sementara waktu, jika

kebijakan di lingkungan Dinas Kesehatan yang nantinya akan digunakan sebagai bahan pendukung keputusan dan kegiatan perencanaan. Penyebarluasan informasi juga dilakukan kelintas program dan lintas sektor, atau orang-orang yang membutuhkan.

Sebanyak 56 orang mengatakan ada pihak lain selain Dinkes Kota Semarang yang membutuhkan data kegiatan, 55 orang pemangku wilayah setempat membutuhkan laporan GASURKES. Hal tersebut sejalan dengan penuturan informan bahwa setiap minggu GASURKES DBD melaporkan hasil kinerjanya ke pihak kelurahan, dan puskesmas meliputi ABJ, dan kasus DBD, serta melaporkan ke DKK.

Sesuai target pemantauan jentik tidak hanya di forum masyarakat, tetapi di sekolah dan tempat ibadah, maupun institusi pemerintahan. Peran serta lintas sektor seperti Dinas Pendidikan dan Kementerian Agama cukup baik. DKK sudah melakukan fasilitasi pertemuan atau mengundang lintas sektor ini melalui monev. Hal ini didukung oleh Kusnanto (2009) bahwa penyebar-

luasan informasi yang dimaksud adalah menyebarkan data yang sudah diolah menjadi informasi kepada pengambil kebijakan di lingkungan Dinas Kesehatan yang nantinya akan digunakan sebagai bahan pendukung keputusan dan kegiatan perencanaan. Penyebarluasan informasi juga dilakukan kelintas program dan lintas sektor, atau orang-orang yang membutuhkan.

Semua GASURKES DBD mendapatkan dana transportasi. Data hasil wawancara mendalam menyebutkan bahwa tidak ada dana khusus selain gaji yang didapat. Uang transport didapatkan sebesar Rp 150.000,-/bulan. Sumber dana berasal dari Pemkot Semarang melalui DKK dan APBD Kota Semarang. Jumlah dana dan alokasi dana tidak disebutkan. Kegiatan lain yang harus dilakukan agar dapat merubah perilaku masyarakat seperti penyuluhan, pertemuan koordinasi, lintas sektor masuk dalam gaji bulanan petugas. Hal itu sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sitepu (2012) bahwa dana APBD Kabupaten yang dialokasikan dari tahun ke tahun fluktuatif, dana tersebut juga lebih banyak diprioritaskan kepada hal teknis berupa alat operasional, pengembangan kemampuan petugas berupa pelatihan-pelatihan. Hal tersebut didukung oleh Permenkes RI Nomor 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan yaitu sumber biaya penyelenggaraan sistem surveilans terdiri dari sumber dana APBN, APBD Kabupaten/Kota, APBD Provinsi, Bantuan Luar Negeri, Bantuan Nasional dan Daerah dan Swadaya masyarakat.

Hasil penelitian berdasarkan tentang prosedur kerja GASURKES DBD menyatakan bahwa semua responden menyatakan telah diberikan prosedur kerja. Metode yang digunakan terdiri dari lembaran tupoksi target yang harus dicapai dan modul dalam bentuk CD yang dibagikan kepada masing-masing petugas. Hal ini sudah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/MENKES/SK/VIII/2003 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan bahwa pedoman yang bersifat teknis di lapangan diwujudkan dalam bentuk SOP yang disusun berdasarkan peraturan dan pedoman. Hasil perhitungan keefektifan aspek input dengan rumus keefektifan didapatkan nilai sebesar 71%. Efektif jika nilai keefektifan sebesar >60%. Hal ini menunjukkan aspek input sudah efektif, tetapi masih terdapat kendala seperti tenaga GASURKES yang tidak semuanya berpendidikan sarjana kesehatan masyarakat, jumlah tenaga yang masih dirasakan kurang karena faktor luas wilayah, pelatihan dan sertifikat yang belum didapatkan

oleh GASURKES. Sarana dan prasarana seperti modul cetak belum tersedia, hanya materi hasil pembekalan, media untuk penyuluhan yang masih menggunakan LCD dan proyektor, sehingga penyuluhan yang bersifat monoton.

Keefektifan Aspek Proses

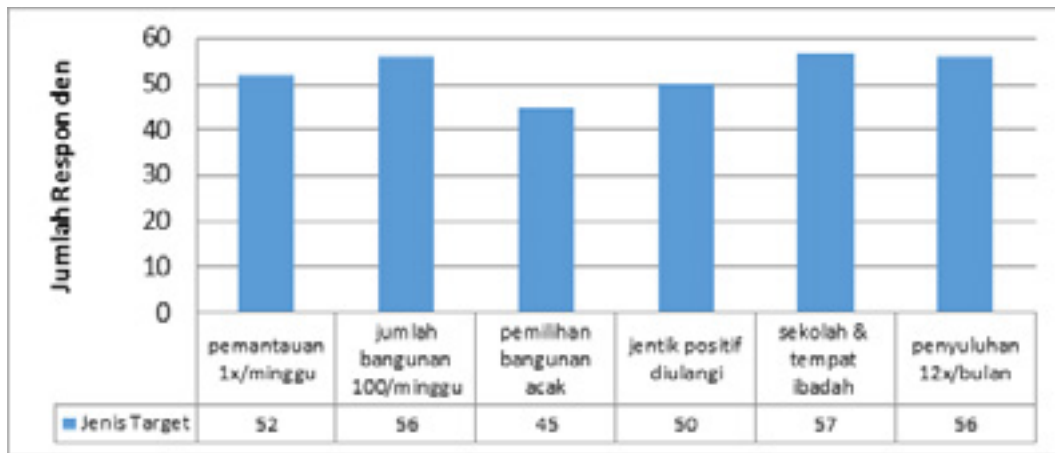
Sebanyak 52 petugas melaksanakan pemantauan jentik seminggu sekali, sedangkan 5 orang sisanya melakukan jentik tidak sesuai tupoksi. Hal ini didukung oleh data kualitatif yaitu tidak tetap untuk melakukan pemantauan jentik. GASURKES ada yang mampu melakukan pemantauan jentik ke-100 bangunan dalam sehari, memilih hari untuk pemantauan jentik dengan berbeda-beda tiap minggunya. Hampir semua petugas melakukan pemantauan jentik sesuai target. Sebanyak 51 orang menulis (+) pada form pemantauan jentik. Hasil penelitian menjelaskan bahwa sebanyak 51 orang apabila menemukan jentik. Beberapa petugas memilih secara acak bangunan sebagai pemantauan jentik yaitu sebanyak 45 orang Hal ini ditunjukkan dengan pernyataan informan bahwa cara menentukan 100 bangunan dengan melihat dimana ada kasus DBD terlebih dahulu untuk memutuskan mata rantai penularan berikutnya, ada yang mengurutkan berdasarkan RT.

Data yang dikumpulkan oleh GASURKES DBD meliputi target kerja yang harus dicapai. Pelaksanaan program dengan pemantauan jentik sejalan dengan Permenkes RI No. 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan yaitu pengumpulan data berupa data kesakitan, kematian, dan faktor risiko dapat diperoleh dengan wawancara, pengamatan, pengukuran, dan pemeriksaan terhadap sasaran. Penentuan bangunan yang menjadi target pemantauan jentik menurut petugas yaitu fleksibel, artinya tidak ada ketentuan dalam memilih rumah. Hari kedua setelah PSN ditemukan jentik, maka dinyatakan (+). Hal ini berlawanan dengan teori yang mengatakan bahwa telur setelah 2 hari terendam air akan menetas (Karyanti, 2009). Kesimpulannya GASURKES DBD belum tepat menyatakan positif pada bangunan jika dua hari setelah pelaksanaan PSN ditemukan jentik. Hari ke-2 setelah PSN jentik akan terlihat jika pemilik rumah belum melakukan PSN, karena masyarakat melakukan PSN 7 hari sekali.

Sebanyak 50 petugas yang melakukan pemantauan jentik kerumah yang sama pada minggu berikutnya. Target penyuluhan di sekolah, dan tempat ibadah sudah dicapai oleh semua petugas, hanya 1 petugas yang belum mencapai target 12x/bulan dan menyatakan bahwa lokasi penyuluhan

luhan hanya di pertemuan PKK saja. Pengumpulan data secara rinci ditunjukkan dalam Gambar 3 berikut:

analisis data surveilans epidemiologi disajikan dalam bentuk: teks, tabel, dan grafik. Hal ini didukung juga oleh Pawestri (2009), bahwa analisis



Gambar 3. Target Pengumpulan Data GASURKES DBD

Metode penyuluhan masih menggunakan cara yang biasa dilakukan (ceramah), kenyataannya petugas sudah diberikan pelatihan penyuluhan. Hal ini sudah sesuai dengan Modul Pengendalian DBD yang dikeluarkan oleh Ditjen P2PL Kemenkes RI tahun 2011 bahwa salah satu kegiatan pengendalian DBD untuk menurunkan faktor risiko DBD yaitu penyuluhan. Data kualitatif yang mendukung yaitu bahwa GASURKES melakukan penyuluhan di PKK, dasawisma, pengajian, posyandu, awalnya minta ijin ke ketua PKK, kemudian masuk ke forum untuk melakukan penyuluhan dengan menyampaikan data ABJ wilayah tersebut serta kerentanan kasus DBD.

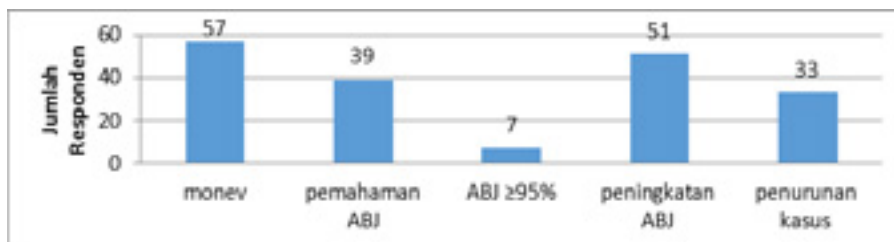
Data dari GASURKES DBD Kelurahan yang sudah dikumpulkan ke koordinator kecamatan selanjutnya diolah untuk bahan monitoring dan evaluasi. Data kualitatif yang mendukung data kuantitatif diatas adalah proses dan analisa data dengan membuat paparan dengan file dalam Ms. Power point, ms. Excel yang kemudian diinput meliputi pemantauan jentik, dan penyuluhan. Analisis data DBD dilakukan menurut penemuan jentik nyamuk, penemuan kasus dan ABJ. Data berupa penyajian dalam bentuk paparan menggunakan Ms Power Point, Ms Excel, dan grafik. Hal tersebut sesuai dengan Amiruddin (2013) yaitu ha-

data DBD dilaksanakan berdasarkan indikator CFR, IR, dan ABJ. Jumlah skor total aspek proses didapatkan 627, sedangkan skor idealnya adalah 684. Nilai keefektifan aspek proses GASURKES DBD yaitu sebesar 92% (sangat efektif), tetapi masih terdapat kendala seperti dua hari setelah PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) ditemukan jentik, maka dinyatakan positif jentik. Efektif jika nilai keefektifan sebesar >60%. Hasil tersebut menjadi masalah karena tidak sesuai teori bahwa telur nyamuk akan menetas setelah dua hari terendam air.

Keefektifan Aspek Keluaran (Output)

Aspek *output* yaitu diseminasi informasi dalam monitoring dan evaluasi dan pemahaman ABJ (Angka Bebas Jentik) serta penurunan kasus yang ditunjukkan dalam Gambar 4.

Hasil tersebut mendeskripsikan bahwa semua petugas menyatakan telah mengikuti monitoring dan evaluasi. Sebanyak 39 orang menyatakan ABJ merupakan indikator keberhasilan program GASURKES. Sejumlah 7 petugas yang sudah mencapai target ABJ $\geq 95\%$. ABJ mengalami peningkatan dalam 3 bulan di 51 daerah wilayah kerja GASURKES DBD. Perbandingan ABJ di tahun 2015 dan tahun 2016 sampai bulan Mei



Gambar 4. Distribusi Output GASURKES DBD



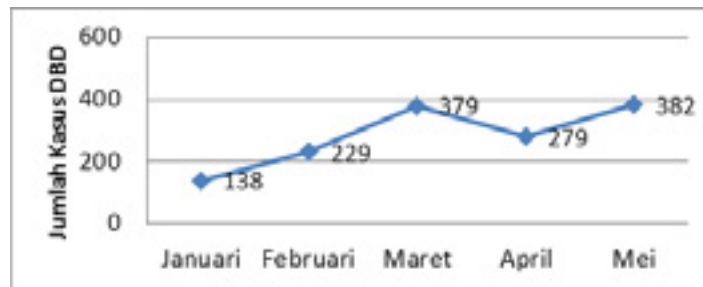
Gambar 5. Perbandingan ABJ Tahun 2015 dan 2016

dapat dilihat dalam Gambar 5.

Perkembangan kasus DBD di Kota Semarang dijelaskan dalam Gambar 6 sebagai berikut :

Penurunan kasus DBD sudah mencapai 58% dari total 57 wilayah kerja GASURKES DBD Bulan Januari-Maret kasus DBD mengalami kenaikan sampai pada bulan Maret sebesar

77% (sudah efektif), tetapi untuk aspek *output* yang paling utama dan penting adalah hasil ABJ dan penurunan kasus setiap wilayah didapatkan nilai sebesar 35%. Efektif jika nilai keefektifan sebesar >60%. Hal ini bermakna program GASURKES DBD dari sisi *output* yang utama tidak efektif



Gambar 6. Perkembangan Jumlah kasus di Kota Semarang Januari s/d Mei Tahun 2016

379 kasus. Kasus DBD berangsur-angsur turun pada bulan April sebesar 279 kasus dan meningkat lagi menjadi 382 kasus di bulan Mei 2016. Dinkes Kota Semarang telah mengeluarkan Profil kesehatan tahun 2015 yang didalamnya terdapat grafik perkembangan IR DBD Kota Semarang dan Jawa Tengah, grafik bulanan penderita DBD, data kasus kematian DBD, dan grafik ABJ. Hal ini telah sesuai dengan Permenkes RI Nomor 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan bahwa didalam aspek *output* harus ada profil surveilans epidemiologi Kabupaten/ Kota sebesar 1 kali setahun.

ABJ yang didapatkan dengan pemantauan jentik dari GASURKES DBD mempunyai hasil berkisar 80%, yang bermakna bahwa ABJ mengalami peningkatan tetapi masih dibawah standar ($\geq 95\%$). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Mubarakah (2013) bahwa penggerakan juru pemantau jentik dapat meningkatkan ABJ dan menurunkan kasus DBD. Penelitian yang telah dilakukan oleh Erliyanti (2008) bahwa di Kota Metro, keberadaan jentik vektor memiliki hubungan dengan kejadian DBD. Hasil perhitungan keefek-

tifan aspek *output* didapatkan nilai sebesar 77% (sudah efektif), tetapi untuk aspek *output* yang paling utama dan penting adalah hasil ABJ dan penurunan kasus setiap wilayah didapatkan nilai sebesar 35%. Efektif jika nilai keefektifan sebesar >60%. Hal ini bermakna program GASURKES DBD dari sisi *output* yang utama tidak efektif

SIMPULAN

Hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa program GASURKES DBD di Kota Semarang sudah efektif. Hal ini terlihat dalam hasil nilai keefektifan pada masing-masing aspek yang dibandingkan dengan tabel presentase efektifitas program yaitu pada aspek *input* efektif (71%), aspek *proses* sangat sangat efektif (92%), dan aspek *output* efektif (77%), walaupun pada masing-masing aspek masih terdapat kendala.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan Terimakasih kami tunjukan kepada Dinas Kesehatan Kota Semarang, dan Petugas Surveilans Kesehatan Demam Berdarah Dengue (GASURKES DBD) Kota Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, R. 2013. *Surveilans Kesehatan Masyarakat*. Bogor: IPB Press.
- Erliyanti. 2008. *Hubungan Lingkungan Fisik dan Karakteristik Individu Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kota Metro*. Tesis. Depok: Universitas Indonesia.
- Karyanti, M. R., Hadinegoro, S.R. 2009. Perubahan Epidemiologi Demam Berdarah Dengue di Indonesia. *Sari Pediatri*, 10 (6): 424-432.
- Kartiawan. 2009. *Evaluasi Sistem Surveilans Sebagai Pendukung Keputusan dalam Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Dinas Kesehatan Kabupaten Sumbawa*. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gajahmada.
- Kurane, I. 2007. Dengue Hemorrhagic Fever with Special Emphasis on Immunopathogenesis. *Comparative Immunology, Microbiology & Infectious Disease*, 30: 329-40.
- Mubarokah, R., Indarjo, S. 2013. Upaya Peningkatan Angka Bebas Jentik (ABJ) DBD melalui Penggerakan Jumantik. *Unnes Journal of Public Health*, 2 (3): 1-9.
- Mustaring, N.A. 2010. *Evaluasi Pengembangan Kelurahan Siaga di Kelurahan Tamangapa Kota Makassar tahun 2009*. Skripsi. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Natalia, A. 2012. Gambaran Pelaksanaan Surveilans Epidemiologi Penyakit Demam Berdarah Dengue Ditinjau dari Aspek Petugas di Tingkat Puskesmas Kota Semarang Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1 (2).
- Pawestri, L. 2009. *Evaluasi Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue Berdasarkan Komponen dan Atribut Surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek*. Skripsi. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Rahayu, T. 2012. Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Ketapang 2. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2):479-792.
- Rezania, N., Handayani, O.W.K. 2015. Hubungan Karakteristik Individu dengan Praktik Kader Jumantik dalam PSN DBD di Kelurahan Sampangan Semarang. *Unnes Journal of Public Health*, 4 (1): 31-38.
- Sitepu, F.Y., dkk. 2012. Evaluasi dan Implementasi Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Singkawang, Kalimantan Barat, 2010. *Balaba*, 8(01): 5-10.
- Siyam, N. 2013. Fasilitasi Pelaporan KDRS dan W2 DBD untuk Meningkatkan Pelaporan Surveilans DBD. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 8 (2).
- Sungkar, S. 2007. Pemberantasan Demam Berdarah Dengue: Sebuah Tantangan yang Harus Dijawab. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 57 (6).
- Susanti, Y. 2014. *Fungsi Manajemen, Penyelidikan Epidemiologi Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Kota Semarang*. Skripsi. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro.
- Tambyah, P.A., Koay, E.S.C., Poon, M.L.M., Lin, R.V.T.P., et al. 2008. Dengue Hemorrhagic Fever Transmitted by Blood Transfusion. *The England Journal of Medicine*, 359: 1526-1527.
- Xu, G. 2007. An Outbreak of Dengue Virus Serotype I Infection In Cixi, Ningbo, People's Republic of China, 2004, Associated With A Traveller From Thailand And High Density of Aedes Albopictus. *Am J Trop Med Hyg*, 76 (6): 1182-1188.