

Evaluasi Program Kesehatan Pengendalian Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD) DI Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Yogyakarta

Dwi Putri Sulistiya Ningsih

STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu

HP/Email : 0813-7773-3346/dwiputri238@gmail.com

*corresponding author

INFO ARTIKEL

Article history

Received

23-12-2018

Revised

07-01-2019

Accepted

20-03-2019

Kata Kunci:

Evaluasi,

Program P2DBD

Dinkes Sleman

ABSTRAK

Di Kabupaten Sleman Provinsi Yogyakarta, pada tahun 2013, total kasus DBD sebanyak 736 kasus dan 4 orang meninggal. Tahun 2014 kasus DBD menurun menjadi 538 kasus dan 4 orang meninggal. Pada Januari-Maret 2015 kasus DBD sebanyak 176 kasus dan 4 orang meninggal. Berdasarkan angka kesakitan dan kematian DBD selama 5 tahun terakhir dan hasil penetapan prioritas masalah kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, maka perlu dilakukan evaluasi program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD). Tujuan untuk melakukan evaluasi program P2DBD. Penelitian deskriptif, dilaksanakan di 17 Puskesmas dan Dinas Kesehatan di Kabupaten Sleman, menggunakan model evaluasi sistem analisis meliputi masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Sampel diambil dengan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan studi dokumentasi dan wawancara.

1) Input: Dana yang diterima setiap puskesmas berbeda-beda. Petugas P2DBD memiliki usia pada rentang 41-50 tahun (58.82%) dengan pendidikan SMA/SPK (29.41%) dan jabatan rangkap (35.29%). Petugas belum mendapatkan pelatihan (64.71%). Ketersediaan formulir belum lengkap. *Swingfog* yang dapat dioperasikan sebanyak 53 buah (85.48%) dan yang rusak sebanyak 8 buah (12.90%). 2) Proses: Pelatihan website/IT, belum pernah dilakukan. 3) Output: Cakupan ABJ 75% hingga 93%. Untuk *HI* dan *CI* hanya beberapa puskesmas yang melakukan perhitungan. 4) Outcome: *Insiden Rate* tertinggi adalah puskesmas Mlati II sebesar 138.3 per 100.000 penduduk dan IR terendah adalah puskesmas Turi sebesar 0 sedangkan CFR tertinggi di Puskesmas Ngemplak 1 (33.33%). Pelaksanaan Program Kesehatan (P2DBD) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Sleman masih menemui berbagai kendala mulai dari aspek Input, Proses dan Output. Kendala tersebut mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan program P2DBD dilihat dari masih tingginya kasus DBD di Sleman.

PENDAHULUAN

Serangan penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) pertama kali terjadi di Australia tahun 1897. Kejadian Luar Biasa (KLB)/wabah DBD yang pertama kali terkonfirmasi terjadi di Filipina tahun 1953. Selama dua puluh tahun silam terjadi peningkatan kasus dan wilayah penyebaran yang luar biasa. Saat ini KLB DBD muncul setiap tahunnya di beberapa negara di Asia Tenggara. Data dari seluruh

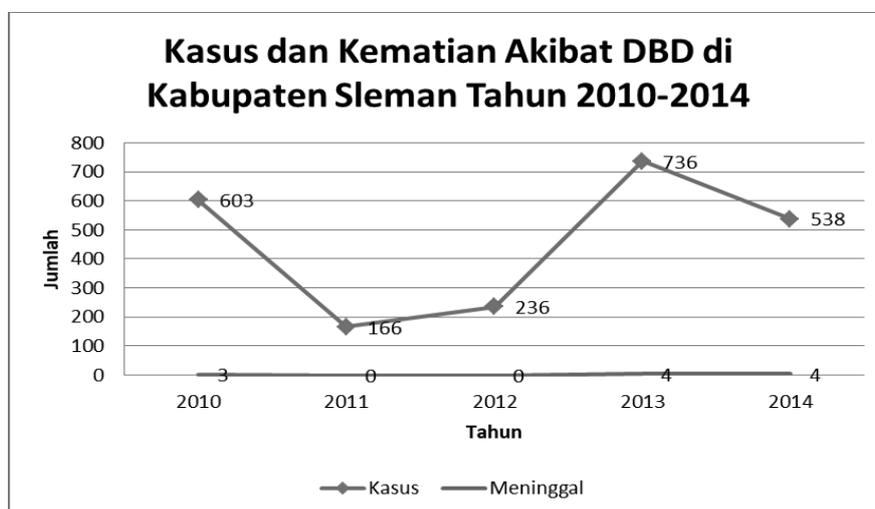
dunia menunjukkan Asia menempati urutan pertama dalam jumlah penderita DBD setiap tahunnya (1,2). Sementara itu, terhitung sejak tahun 1968 hingga tahun 2009, *World Health Organization* (WHO) mencatat negara Indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara (3).

Penyakit DBD masih merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama di Indonesia. Daerah penyebaran dan jumlah penderitasesakin bertambah seiring meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Di Indonesia Demam Berdarah pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (41,3%), dan sejak saat itu penyakit ini menyebar luas ke seluruh Indonesia (4).

Di Indonesia Demam Berdarah Dengue (DBD) telah menjadi masalah kesehatan masyarakat selama 41 tahun terakhir. Sejak tahun 1968 telah terjadi peningkatan penyebaran di sejumlah provinsi dan kabupaten/kota yang endemis DBD. Beberapa tahun terakhir, kasus DBD muncul di musim pancaroba, khususnya bulan Januari. Pada tahun 2014, sampai pertengahan bulan Desember tercatat penderita DBD di 34 provinsi di Indonesia sebanyak 71.668 orang, dan 641 orang meninggal dunia. Angka tersebut lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya, yakni tahun 2013 dengan jumlah penderita sebanyak 112.511 orang dan jumlah kasus meninggal sebanyak 871 penderita (2,4).

Di Kabupaten Sleman Provinsi Yogyakarta, tahun 2013 terdapat total 736 kasus DBD dengan 4 orang meninggal dunia. Angka ini menurun pada tahun 2014 yaitu sebanyak 538 kasus yang terjadi dengan 4 orang meninggal dunia. Pada awal Januari hingga Maret 2015 telah tercatat sebanyak 176 kasus DBD dengan 4 orang meninggal (5).

Berdasarkan data yang ada di Dinas kesehatan Kabupaten Sleman data Demam Berdarah *Dengue* lima tahun terakhir dapat dilihat pada gambar 1. Sebagai berikut :



Gambar 1. Distribusi Kasus Dan Kematian Demam Berdarah Dengue Tahun 2010-2015

Berdasarkan data kejadian kasus dan kematian DBD selama 5 (lima) tahun terakhir dan hasil penetapan prioritas masalah kesehatan di Dinas kesehatan Kabupaten Sleman, maka perlu dilakukan evaluasi program pengendalian penyakit Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD) di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilaksanakan di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Penelitian ini menggunakan model evaluasi sistem analisis meliputi masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Responden penelitian sebanyak 18 orang yang diambil menggunakan teknik *purposive sampling*, terdiri atas koordinator Program P2DBD di Puskesmas dan koordinator P2DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

Pengumpulan data dilakukan dengan studi dokumentasi dan wawancara kepada pelaksana program P2DBD. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang berisi pertanyaan tentang indikator *input*, proses dan *output* program P2DBD. Data yang diperoleh akan dianalisis melalui perbandingan antara data yang diperoleh dengan uraian pada Modul P2DBD.

HASIL

Evaluasi yang dilakukan meliputi aspek *input* (sumber daya manusia, ketersediaan dana, material, metode, *machine* (alat), *process* (perencanaan dan pengawasan struktur organisasi, *staffing job* analisis, proses pengambilan keputusan, supervisi dan dukungan financial), *output* (angka bebas jentik, *house indek* dan *container indek*) dan *outcome* (jumlah kasus DBD dan jumlah kematian (*CFR*)).

Evaluasi Aspek Input

- **Ketersediaan Dana**

Anggaran untuk program P2DBD baik di puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman diambil dari dana APBD, yang digunakan untuk kegiatan sebagai berikut:

Tabel 1. Uraian Kegiatan dan Dana Untuk Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular.

| No | Uraian | Lokasi Kegiatan | Target Kinerja (Kuantitatif) |
|----|------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Penyemprotan/fogging sarang nyamuk | Kabupaten Sleman | 236 focus |
| 2. | Pengadaan alat fogging dan bahan fogging | Kabupaten Sleman | 5 unit, 150 liter, 750kg, 30 buah |
| 3. | Pelayanan vaksinasi bagi balita ibu hamil dan anak sekolah | Kabupaten Sleman | 14.225 bayi dan balita, 15.648 bumil, 86 desa, 556 SD |
| 4. | Pelayanan pencegahan dan penanggulangan penyakit menular | Kabupaten Sleman | 12 dusun, 6 kecamatan, Di 12 lokasi, dilakukan 4 kali 2 desa, 100 sampel, 1 desa, 100 sampel Menggunakan 10.000 leaflet, Melibatkan 1225 kader |
| 5. | Pencegahan penularan penyakit endemic/epidemik | Kabupaten Sleman | 100 sampel di 5 lokasi Dilakukan bertahap 4 kali, 5 kali, 2 kali, 4 kali, 2 kali Melibatkan 300 org |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. | Peningkatan imunisasi | Kabupaten Sleman | 25 puskesmas, 12 bulan, 25 puskesmas |
| 7. | Peningkatan surveilans epidemiologi dan penanggulangan KLB/wabah | Kabupaten Sleman | 25 puskesmas, 10 RS 25 petugas pengelola program PTM puskesmas 4 lokasi 3 kampus 100% 12 petugas dari 6 fasilitas pelayanan kesehatan 15 petugas (dari 5 desa) |

Untuk dana yang diterima setiap puskesmas diperoleh dengan cara membuat perencanaan anggaran sesuai dengan dana yang dibutuhkan dalam bentuk kegiatan-kegiatan terkait program kesehatan. Dana yang diterima setiap puskesmas jelas berbeda-beda, ini tergantung dari puskesmas yang membuat rencana anggaran.

- **Sumber Daya Manusia**

Dalam melaksanakan program P2DBD distribusi sumber daya manusia yang tersedia di 17 puskesmas dapat di lihat pada tabel 2 berikut ini:

Tabel 2. Distribusi Sumber Daya Manusia Petugas Program P2DBD Di 17 Puskesmas Kabupaten Sleman

| Variabel | Puskesmas (n=17) | | |
|-----------------|------------------|--------|-------|
| | | Jumlah | % |
| Umur | 31-40 tahun | 3 | 17.65 |
| | 41-50 tahun | 10 | 58.82 |
| | ≥ 51 tahun | 4 | 23.53 |
| Jenis Kelamin | Laki-laki | 12 | 70.59 |
| | Perempuan | 5 | 29.41 |
| Pendidikan | SMA/SPK | 5 | 29.41 |
| | DI | 1 | 5.88 |
| | DIII | 5 | 29.41 |
| | DIV | 5 | 29.41 |
| Lama menjabat | S1 | 1 | 5.88 |
| | ≤ 1 tahun | 4 | 23.53 |
| | 2- 10 tahun | 9 | 52.94 |
| Jabatan rangkap | ≥ 11 tahun | 4 | 23.53 |
| | 1 Jabatan | 6 | 35.29 |
| | 2 Jabatan | 5 | 29.41 |
| | ≥ 3 Jabatan | 4 | 23.53 |
| Pelatihan P2DBD | Tidak ada | 2 | 11.77 |
| | Pernah | 6 | 35.29 |
| | Tidak Pernah | 11 | 64.71 |

- **Ketersediaan Buku Pedoman dan Formulir (2).**

Tabel 3. Ketersediaan Formulir Program P2DBD di Puskesmas

| Jenis Formulir | Ya | | Tidak | |
|------------------|--------|-------|--------|-------|
| | Jumlah | % | Jumlah | % |
| Formulir W1 | 15 | 88.24 | 2 | 11.76 |
| Formulir W2 | 16 | 94.12 | 1 | 5.88 |
| Formulir K-DBD | 5 | 29.41 | 12 | 70.59 |
| Formulir DP-DBD | 4 | 23.53 | 13 | 76.47 |
| Formulir KD/RS | 13 | 76.47 | 4 | 23.53 |
| Formulir P-DBD | 6 | 35.29 | 11 | 64.71 |
| Formulir PE | 17 | 100 | 1 | 5.88 |
| Formulir JPJ-DBD | 7 | 41.18 | 10 | 58.82 |
| Buku pedoman | 14 | 82.35 | 3 | 17.68 |

- **Ketersediaan Material**

Ketersediaan larvasida/abate

Larvasida/abate adalah salah satu cara yang digunakan dalam pemberantasan jentik-jentik nyamuk DBD (*Aedes aegypti*) dengan cara melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN). Upaya ini merupakan cara terbaik, ampuh, murah, mudah dan dapat dilakukan oleh masyarakat (1,4). Berdasarkan wawancara dengan petugas P2DBD di 17 puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman larvasida yang dipakai adalah abate. Ketersediaan larvasida/abate di puskesmas-puskesmas Kabupaten Sleman 100% telah mencukupi kebutuhan untuk menunjang program P2DBD. Larvasida/abate juga tersedia di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, jika ada puskesmas yang membutuhkan tambahan bisa meminta ke Dinas Kabupaten Sleman.

Ketersediaan *Swingfog*/mesin ULV

Alat *fogging* yang digunakan adalah *Swingfog*, sedangkan untuk mesin ULV tidak digunakan lagi karena sering terjadi kerusakan pada mesin. Mesin *Swingfog* adalah salah satu alat *fogging* yang digunakan untuk memberantas nyamuk. *Swingfog* digunakan dengan cara menyemprotkan insektisida ke dalam bangunan rumah atau lingkungan sekitar rumah, diharapkan nyamuk yang berada di halaman maupun didalam rumah terpapar dengan insektisida dan dapat dibasmi. Alat yang digunakan untuk *fogging* terdiri dari *portable thermal fog machine* dan *ultra low volume ground sprayer mounted* (1). Ketersediaan mesin *swingfog* di Kabupaten Sleman belum mencukupi. Mesin yang tersedia sebanyak 62 buah yang tersebar di 25 puskesmas di kabupaten Sleman, tetapi yang bisa di operasikan hanya 53 mesin, sedangkan mesin yang rusak sebanyak 8 buah. Beberapa puskesmas masih ada yang tidak memiliki mesin *swingfog*, hal ini dikarenakan wilayah puskesmas itu bukan wilayah endemis DBD, maka jika ingin melakukan *fogging* puskesmas tersebut bisa meminjam ke puskesmas lain yang terdekat atau ke Dinas kesehatan Kabupaten Sleman.

Ketersediaan Alat Pengolah Data

Komputer sebagai alat pengolah dan analisis data program P2DBD untuk mendukung pelaksanaan program di puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman masih belum optimal karena masih ada puskesmas yang belum memiliki alat untuk mengolah data.

Ketersediaan Sarana Transportasi

Sarana transportasi yang dimiliki baik di puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dalam menjalankan program P2DBD masih menggunakan kendaraan pribadi, kadangkala petugas puskesmas menggunakan kendaraan puskesmas keliling roda 4 (empat) yang juga digunakan untuk semua program kesehatan.

Evaluasi Aspek Proses

Evaluasi terhadap aspek proses dilaksanakan untuk mengetahui kegiatan perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan yang dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten dan puskesmas dalam pemberantasan DBD.

- **Perencanaan**

Perencanaan dilakukan oleh pemegang program P2DBD Dinas Kesehatan kabupaten Sleman yang juga melibatkan pelaksana program P2DBD di puskesmas. Rencana kerja dibuat dalam bentuk POA (*Plan Of Action*) tahunan dengan menyusun rencana penentuan sasaran, penentuan target, jadwal kegiatan dan evaluasi.

- **Pelaksanaan**

Tabel 4. Pelaksanaan Program P2DBD

| Variabel | Jumlah | Persentase (%) |
|-------------------------------------------------------|--------|----------------|
| Rencana kerja tahunan | 15 | 88.23 |
| Surveilans epidemiologi | 17 | 100 |
| Pertemuan/ pelatihan kader dan peran serta masyarakat | 16 | 94.12 |
| Jadwal pemantauan jentik dan penyuluhan | 12 | 70.59 |
| Pembahasan program di puskesmas | 11 | 64.71 |
| Supervisi dari Dinas | 11 | 64.71 |
| Stratifikasi desa/kelurahan | 3 | 17.65 |

Evaluasi aspek Output

Tabel 5. Cakupan Angka Bebas Jentik (ABJ)

| No | Puskesmas | House Index (HI) | Container Index (CI) | Angka Bebas Jentik (ABJ) |
|----|-----------|------------------|----------------------|--------------------------|
| 1 | Tempel II | - | - | 90 |
| 2 | Prambanan | - | - | 90.1 |
| 3 | Pakem | - | - | 75 |
| 4 | Turi | - | - | 0 |
| 5 | Ngaglik I | 12.5 | - | 85 |
| 6 | Mlati II | 0.04 | 10.1 | 89.9 |
| 7 | Minggir | - | - | 90 |
| 8 | Seyegan | - | - | 93.6 |
| 9 | Godean II | 6 | 9 | 91 |
| 10 | Moyudan | - | - | 83.75 |
| 11 | Kalasan | 6.4 | 9.9 | 90.1 |

| | | | | |
|----|-------------|----|-----|------|
| 12 | Depok I | 76 | 8.9 | 90 |
| 13 | Gamping II | 10 | 75 | 92.5 |
| 14 | Cangkringan | - | - | 81 |
| 15 | Berbah | - | - | 90.2 |
| 16 | Ngemplak I | - | - | 75 |
| 17 | Sleman | - | - | 84.2 |

Evaluasi Aspek *Outcome*

Tabel 6. Situasi Demam Berdarah *Dengue* di Kabupaten Sleman tahun 2012-2014

| | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------|------|-------|-------|
| Jumlah kasus | 236 | 736 | 538 |
| Jumlah kematian | 0 | 4 | 4 |
| Case Fatality Rate | 0 | 0.54 | 0.74 |
| Insiden Rate | 21.1 | 69.47 | 50.62 |

PEMBAHASAN

Input

Anggaran/dana menjadi aspek yang paling penting dalam pelaksanaan suatu program kesehatan. Anggaran mempengaruhi fasilitas, logistik hingga proses pelaksanaan program kesehatan, dalam hal ini salah satunya adalah program P2DBD di lapangan (1,4). Untuk dana yang diterima setiap puskesmas diperoleh dengan cara membuat perencanaan anggaran sesuai dengan dana yang dibutuhkan dalam bentuk kegiatan-kegiatan terkait program kesehatan. Dana yang diterima setiap puskesmas jelas berbeda-beda, ini tergantung dari puskesmas yang membuat rencana anggaran, program-program kesehatan yang menjadi prioritasnya tentu berbeda. Untuk program P2DBD banyak kegiatan-kegiatan yang harus dilakukan dan tentunya memerlukan dana yang banyak. Kegiatan pada program P2DBD antara lain seperti kegiatan *fogging*, penyediaan larvasida, alat dan bahan bakar *fogging*, pelatihan kader, serta penyuluhan kesehatan, dll. Untuk puskesmas yang endemis DBD sudah tentu dana untuk P2DBD harus mencukupi dalam pelaksanaannya, jika dana kurang maka akan mengakibatkan ada kegiatan-kegiatan yang tidak maksimal dalam pelaksanaannya.

Dari segi ketenagaan jumlah pelaksana program P2DBD di Kabupaten Sleman telah mencukupi, dimana setiap puskesmas telah memiliki tenaga pelaksana program P2DBD. Tingkat pendidikan tenaga pelaksana program P2DBD puskesmas di Kabupaten Sleman terendah adalah pendidikan SMA/SPK. Hal ini jelas belum sesuai dengan standar bahwa petugas atau pemegang program kesehatan minimal berpendidikan D-III Kesehatan (1,4). Kondisi ini menuntut petugas Dinas Kesehatan Kabupaten untuk melakukan pelatihan bagi pengelola program. Namun dari hasil wawancara menggunakan kuesioner lebih dari 50% petugas di puskesmas belum pernah mendapatkan pelatihan untuk melaksanakan program P2DBD. Untuk melaksanakan suatu pelatihan tentunya membutuhkan dana. Tidak dilaksanakannya pelatihan tentu ada pertimbangan baik dari Dinas Kesehatan Kabupaten maupun Puskesmas terkait dana yang tersedia, pelatihan bukan kegiatan prioritas dalam pelaksanaan P2DBD.

Semua petugas program P2DBD memiliki tugas rangkap. Kondisi ini dapat mempengaruhi kualitas kerja serta menghambat pencapaian program P2DBD di Kabupaten Sleman. Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa pada umumnya rasio antara jumlah tenaga dan jumlah program di Puskesmas

tidak seimbang, sehingga seorang petugas mempunyai tugas lebih dari satu/tugas rangkap. Adanya tugas rangkap ini membuat beban kerja dengan sendirinya menjadi lebih besar (4,6). Hal ini selaras dengan hasil penelitian Fathonah (2009), mengungkapkan bahwa dari segi beban kerja, ada satu jabatan, yaitu penanggung jawab program, yang dirasakan bebannya berlebih. Hal ini disebabkan pejabat yang bersangkutan memiliki tugas rangkap. Adanya tugas rangkap menyebabkan tidak optimalnya pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan tanggungjawabnya sebagai koordinator Program P2DBD (7).

Ketersediaan formulir-formulir belum mencapai 100% dipuskesmas-puskesmas Kabupaten Sleman, hal ini perlu diperhatikan, karena jika formulir ini tidak tersedia maka kegiatan surveilans P2DBD dapat terhambat. Formulir disediakan dan diperbanyak sendiri oleh puskesmas-puskesmas. Dana yang diterima untuk penyediaan formulir didapatkan dari rencana anggaran yang sudah diajukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Dilihat dari ketersediannya di puskesmas, tidak semua jenis formulir dimiliki karena puskesmas memilih untuk menyediakan formulir yang menjadi prioritas saja, yaitu formulir yang paling banyak dan sering digunakan untuk menghemat anggaran. Artinya dana sangat mempengaruhi Input dan proses dari program P2DBD.

Komputer sebagai alat pengolahan dan analisis data program P2DBD untuk mendukung pelaksanaan program pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* DBD di puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman masih belum optimal karena masih ada puskesmas yang belum memiliki alat untuk mengolah data. Begitu juga dengan transportasi, puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman masih menggunakan kendaraan pribadi sebagai sarana transportasi, kadang-kadang jika tersedia puskesmas menggunakan kendaraan puskesmas keliling roda 4 (empat) yang juga digunakan untuk semua program. Untuk menyediakan semua sarana dan prasarana ini tentunya membutuhkan anggaran yang tidak sedikit, namun dilihat juga mana yang menjadi prioritas.

Proses

Belum semua petugas P2DBD di puskesmas membuat rencana kerja dalam bentuk POA (*Plan Of Action*). Tujuan membuat POA adalah agar pengelola program P2DBD dapat menentukan prioritas kegiatan P2DBD yang akan dilakukan dalam setahun kedepan (6). Adanya POA ini diharapkan agar pengelola program P2DBD dapat terbantu sehingga kegiatan yang dilakukan dapat dilaksanakan secara maksimal dan tidak tumpang tindih. Belum adanya POA di puskesmas-puskesmas menunjukkan bahwa dalam proses pelaksanaan P2DBD masih belum maksimal, tidak ada penentuan prioritas masalah membuat pemecahan dan penyelesaiannya pun tidak maksimal.

Pelaksanaan kegiatan program P2DBD meliputi surveilans epidemiologi, pertemuan/pelatihan kader dan peran serta masyarakat, jadwal pemantauan jentik dan penyuluhan, pembahasan program di puskesmas, supervisi dari dinas dan stratifikasi desa/kelurahan (3). Dari semua kegiatan program P2DBD, stratifikasi desa/kelurahan adalah kegiatan yang masih belum maksimal dilakukan, hanya 17.65%. Tujuan dengan dilakukannya stratifikasi kelurahan/desa adalah untuk membantu pengelola program P2DBD memetakan daerah/wilayah yang memiliki kasus DBD endemis maupun sporadis sehingga dapat menentukan prioritas pemecahan masalah. Untuk melakukan stratifikasi kelurahan/desa membutuhkan angka bebas jentik yang dihitung setiap bulannya, kemudian selama 3 tahun terakhir diakumulasikan apakah $>5\%$ atau $<5\%$ (1,4). Namun puskesmas-puskesmas di Kabupaten Sleman menghitung Angka bebas Jentik (ABJ) dari cases, yaitu dihitung saat terjadinya kasus DBD saja, tentu saja ini membuat puskesmas-puskesmas tidak bisa melakukan stratifikasi kelurahan/desa. Sesuai dengan pedoman Dirjen P2PL Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) diukur setiap 3 bulan sekali. Ada tidaknya jentik, adalah ukuran

yang digunakan untuk mengetahui kepadatan jentik *Aedes aegypti* diantaranya adalah Angka Bebas Jentik (ABJ), *House Indeks* (HI) dan *Container Indeks* (CI) (8). Angka Bebas Jentik (ABJ) di Kabupaten Sleman adalah sebesar 93 %. Angka ini belum memenuhi target nasional sebesar 95%. Sedangkan *House Indeks* (HI) dan *Container Indeks* (CI) masih belum maksimal dilakukan, sebagian puskesmas masih belum mengukur *House Indeks* (HI) dan *Container Indeks* (CI).

Supervisi merupakan unsur penting dalam bimbingan dan pengendalian suatu program kesehatan. Supervisi merupakan salah satu bentuk umpan balik dalam pelaksanaan program DBD. Supervisi dilakukan oleh kepala puskesmas dan pemegang program dari Dinas Kesehatan Kabupaten berdasarkan pedoman pelaksanaan program DBD, dijelaskan bahwa supervisi dilakukan untuk mengetahui jalannya pelaksanaan program DBD (1,4). Namun dari hasil wawancara dengan petugas P2DBD supervisi tidak dilakukan, hal ini dikarenakan mengingat keterbatasan dana dan sumber daya yang tersedia, sebagai gantinya diadakan pertemuan setiap 1 bulan sekali di Dinas Kesehatan Kabupaten yang dihadiri oleh seluruh petugas P2DBD. Padahal supervisi menjadi umpan balik yang cukup penting dalam meningkatkan kualitas proses program P2DBD.

Selain supervisi, memberikan motivasi merupakan salah satu bentuk umpan balik yang dapat diberikan kepada pengelola program P2DBD (1). Motivasi pada petugas dapat dilakukan dengan memberikan penghargaan melalui kesempatan mengikuti pelatihan serta pemberian insentif. Dengan meningkatkan motivasi petugas maka akan meningkatkan kinerja serta diharapkan dapat mengoptimalkan pencapaian target program. Namun umpan balik seperti ini belum berjalan. Berdasarkan hasil evaluasi diketahui bahwa tidak semua petugas pelaksana program P2DBD pernah mengikuti pelatihan dan menerima insentif. Pelatihan (training) adalah proses pendidikan jangka pendek yang menggunakan prosedur sistematis dan terorganisir sehingga tenaga kerja non manajerial mempelajari pengetahuan dan keterampilan teknis untuk tujuan tertentu. Pelatihan kerja menurut undang-undang No.13 Tahun 2003 pasal I ayat 9. adalah keseluruhan kegiatan untuk memberi, memperoleh, meningkatkan, serta mengembangkan kompetensi kerja, produktivitas, disiplin, sikap, dan etos kerja pada tingkat ketrampilan dan keahlian tertentu sesuai dengan jenjang dan kualifikasi jabatan dan pekerjaan. Pelatihan adalah pengajaran atau pemberian pengalaman kepada seseorang untuk mengembangkan tingkah laku (pengetahuan, skill, sikap) agar mencapai sesuatu yang diinginkan. Pelatihan bagi karyawan merupakan sebuah proses mengajarkan pengetahuan dan keahlian tertentu serta sikap agar karyawan semakin terampil dan mampu melaksanakan tanggung jawabnya dengan semakin baik, sesuai dengan standar. Pelatihan lebih terarah pada peningkatan kemampuan dan keahlian SDM organisasi yang berkaitan dengan jabatan atau fungsi yang menjadi tanggung jawab individu yang bersangkutan saat ini (current job oriented). Sasaran yang ingin dicapai dan suatu program pelatihan adalah peningkatan kinerja individu dalam jabatan atau fungsi saat ini.

Pencatatan dan pelaporan Program P2DBD di semua puskesmas sudah baik, namun pengawasan terhadap rencana kerja belum optimal. Keadaan ini terjadi karena pelaksana program DBD di puskesmas juga memiliki tugas lain, terlihat juga dari hasil evaluasi hampir semua petugas memiliki tugas rangkap. Pencatatan dilakukan setiap hari bila ada laporan tersangka DBD. Data tersangka DBD yang diterima puskesmas dapat berasal dari rumah sakit atau puskesmas pembantu, dan unit pelayanan kesehatan lainnya serta hasil penyelidikan epidemiologi. Untuk pencatatan tersangka DBD menggunakan buku catatan harian penderita DBD serta formulir yang tersedia. Kegiatan pengawasan meliputi evaluasi terhadap rencana kerja yang difokuskan pada analisa situasi, perumusan masalah dan penentuan target menampilkan hasil kegiatan serta penyusunan laporan.

Output

Output dari pelaksanaan program P2DBD adalah indikator kepadatan jentik yaitu berupa indikator angka bebas jentik (ABJ), *House Index* (HI) dan *Container Index* (CI) (8). Dari 17 puskesmas yang ada di 17 kecamatan, belum satu pun angka bebas jentik (ABJ) yang mencapai target (95%). Puskesmas Ngeplak 1 dan Pakem memiliki ABJ paling jelek yaitu 75%.

Menurut pedoman Dirjen P2PL, pemeriksaan jentik berkala dilakukan setiap 3 bulan sekali, akan tetapi belum semua puskesmas yang melaksanakannya (8). Semua puskesmas menghitung Angka bebas jentik (ABJ) *by cases* yaitu saat ada kasus DBD saja. Untuk *House Index* (HI) dan *Container Index* (CI) hanya sebagian puskesmas yang melakukannya. Banyak faktor yang mempengaruhi tidak dilaksanakannya, seperti anggaran yang tidak mencukupi untuk membiayai kader, melakukan pelatihan kader, dll.

Outcome

Outcome program P2DBD dapat dilihat dengan menghitung indikator cakupan berupa *Insiden Rate* (IR) dan *Case Fatality Rate* (CFR). Dari 17 puskesmas yang diwawancarai, puskesmas Mlati II memiliki IR tertinggi 138.3 per 100.000, dan CFR tertinggi di puskesmas Ngeplak 1 (33,33%) pada tahun 2014.

Pada tahun 2013, di kabupaten Sleman untuk jumlah kasus DBD di 17 kecamatan berada di wilayah Puskesmas Kalasan memiliki kasus tertinggi, sebanyak 72 kasus. Kasus DBD ini berhasil diturunkan pada tahun 2014 menjadi 55 kasus tetapi tetap merupakan jumlah kasus tertinggi di kabupaten Sleman. Keberhasilan dalam penurunan kasus DBD di wilayah puskesmas Kalasan ini tidak lepas dari kerjasama semua pihak baik dari Dinas Kesehatan, petugas puskesmas dan juga peran serta dari masyarakat. Setelah dilakukan evaluasi, petugas puskesmas mulai lebih memfokuskan pada peran serta dari masyarakat untuk menurunkan kasus DBD, melatih kader dan juga penyuluhan kepada masyarakat (4).

Hasil CFR tahun 2014, terdapat kasus kematian yang terjadi di wilayah puskesmas Ngeplak 1 sebanyak 2 kasus (33,33%) dan wilayah puskesmas Godean II sebanyak 2 kasus (5,41%). Adanya kasus kematian ini berhubungan dengan penanganan dan pengobatan yang dilakukan. Keterlambatan pengobatan menjadi salah satu faktor yang menyebabkan masih terjadinya kasus kematian DBD ini.

KESIMPULAN

Aspek Input

- Anggaran yang tersedia belum mencukupi untuk memenuhi dan mencukupi semua kegiatan yang ada dalam program P2DBD. Pembagian anggaran yang diterima oleh puskesmas-puskesmas tidak sama, karena sesuai dengan perencanaan anggaran yang dibuat oleh puskesmas itu sendiri.
- Tenaga pelaksana Program P2DBD secara kuantitas telah memenuhi persyaratan, namun secara kualitas masih kurang, karena masih ada pengelola yang pendidikan terakhirnya SMA/SPK, dan hampir seluruh petugas masih merangkap bidang lainnya.
- Tenaga pelaksana Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD) sebagian besar belum pernah mengikuti pelatihan. Pelatihan yang berbasis website/IT juga belum pernah dilakukan.
- Ketersediaan formulir dan buku pedoman belum mencapai 100%.

Aspek proses

- Kegiatan pembahasan Program P2DBD di lakukan setiap 1 bulan sekali di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman yang dihadiri semua petugas program P2DBD dari seluruh puskesmas.
- Belum ada umpan balik dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman.

Aspek output

- Angka Bebas Jentik (ABJ) belum mencapai target, perhitungan *House Indeks (HI)* dan *Container Indeks (CI)* belum dilaksanakan.
- Outcome program P2DBD tampak dari *Insiden Rate* demam berdarah *Dengue* tahun 2014 sebesar 50.62 per 100.000 penduduk. *Insiden Rate* tertinggi ada di wilayah puskesmas Mlati II (138.3 per 100.000). Kasus kematian berada di wilayah Puskesmas Ngemplak 1 (33,33%) dan Godean II (5,41%).

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes, R.I. Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan. 2011
2. Kemenkes, R.I. Buletin Jendela Epidemiologi, vol.2, Agustus 2010. Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi. 2010
3. World Health Organization (WHO). Dengue Guidelines For Diagnosis, Treatment, Prevention And Control New Edition 2009. Diakses dari: <http://www.who.int/en/>
4. Kemenkes, R.I. Pengendalian Demam Berdarah Dengue. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Profil Kesehatan Tahun 2014. Provinsi D.I Yogyakarta. 2014
6. Hatang, Inda, T. Analisis Perbandingan Pelaksanaan Pengelolaan Program Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue Antara Puskesmas “X” Dan Puskesmas “Y” Kota bogor, Tahun 2010. *Tesis*. Universitas Indonesia. 2010
7. Fatonah. ‘Studi Kapasitas Manajemen Program Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu’. *Tesis*. Universitas Indonesia. 2009
8. Subdirektorat Pengendalian Arbovirus-Dit PPBB-Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan RI. Buletin Jendela Epidemiologi, Demam Berdarah Dengue. 2010
9. Kemenkes, R.I. Pedoman Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2013