

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG  
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**GAMBARAN PELAKSANAAN PROGRAM PENGENDALIAN  
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI DINAS  
KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR  
TAHUN 2016-2018**



**Oleh:**

**DEWI PUTRI DAYANI  
NIM. 101511133105**

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2019**

**HALAMAN PENGESAHAN**  
**DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**  
**Tanggal 2 januari-31 januari 2019**

Disusun Oleh :

**DEWI PUTRI DAYANI**  
**NIM. 101511133105**

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

Pembimbing Departemen,

26Februari 2019

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes.  
NIP. 196811021998022001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

26 Februari 2019

Avie SHR., SKM. M.Kes  
NIP. 19721211 199803 2 00 8

Mengetahui

26 Februari 2019

Ketua Departemen Epidemiologi,

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes.  
NIP. 196811021998022001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya dengan kuasa-Nya Penulis dapat menyelesaikan laporan pelaksanaan magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang berjudul “Gambaran Pelaksanaan Program Pengendalian Demam Berdarah Dengue (DBD) Di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018”.

Penulis sampaikan terima kasih kepada Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes. sebagai dosen pembimbing magang dan Avie SHR., SKM. M.Kes. selaku pembimbing instansi yang telah memberikan bimbingan, koreksi dan arahan dalam penyusunan laporan ini.

Terimakasih dan penghargaan penulis sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, S.KM., M.Kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan selaku dosen pembimbing magang di Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
3. Avie SHR., SKM. M.Kes. sekalupembimbing lapangan dan koordinator program P2 DBD yang secara terbuka mendukung dan membimbing selama pelaksanaan magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
4. Orang tua tercinta yang selalu memberikan motivasi dan doa serta semua pihak yang terlibat dalam penyelesaian laporan ini.

Laporan ini berisi tentang Gambaran Pelaksanaan Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018. Penulis menyadari bahwa laporan ini jauh dari sempurna, maka dari itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan penulisan laporan ini. Akhir kata, semoga laporan ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca dan dapat digunakan untuk referensi sebagaimana mestinya.

Surabaya, 29 Januari 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	1
HALAMAN PENGESAHAN .....	2
KATA PENGANTAR .....	3
DAFTAR ISI .....	4
DAFTAR GAMBAR .....	6
DAFTAR TABEL .....	7
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	8
1.2 Tujuan kegiatan .....	9
1.3 Manfaat Kegiatan .....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Diagnosis Infeksi Dengue .....	11
2.2 Tatalaksana Infeksi Dengue .....	14
2.3 Gambaran Epidemiologi .....	14
2.4 Mekanisme Penularan Penyakit .....	16
2.5 Surveilans Kasus .....	17
2.6 Surveilans Vektor .....	17
2.7 Metode Pengendalian .....	17
2.8 Pengendalian Sebelum Musim Penularan .....	21
2.9 Penanggulangan Kejadian Luar Biasa .....	21
2.10 Penentuan Prioritas Masalah dengan metode CARL .....	22
2.11 Analisis Penyebab Masalah dengan metode Diagram Masalah <i>Fishbone</i> .....	24
<b>BAB III METODE KEGIATAN MAGANG</b>	
3.1 Jenis Laporan Kegiatan Magang .....	25
3.2 Jenis dan Metode Kegiatan Magang .....	25
3.3 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang .....	25
3.4 Teknik pengumpulan Data .....	26
3.5 Analsis Data .....	26
3.6 Cara Penyajian Data .....	27
3.7 Metode pengumpulan Data .....	28
3.8 Teknik Analisi Data .....	28
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil dan Pembahasan	
4.1.1 Gambaran Umum .....	27
4.1.2 Capaian Indikator Program DBD .....	33
4.1.3 Distribusi DBD menurut Variabel Orang, Waktu dan Tempat .....	39
4.1.4 Identifikasi Masalah,Prioritas Masalah,Penyebab Masalah dan Alternatif Solusi .....	40
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan .....	50
5.2 Saran .....	50
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	52
<b>LAMPIRAN</b> .....	53

## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
4.1	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	30
4.2	Susunan Organisasi Di Bidang Pengendalian Penyakit Dan Masalah Kesehatan Provinsi Jawa Timur .....	31
4.3	Tren Incidence Rate (IR)DBD Provinsi Jawa Timur tahun2016-2018...	33
4.4	Insiden Rate DBD berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur Tahun 2018.....	34
4.5	Tren Angka Kematian/CFRDBD Provinsi Jawa Timur tahun2016-2018 .....	34
4.6	Insiden Rate DBD berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur Tahun 2016.....	35
4.7	Insiden Rate DBD berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur Tahun 2017.....	35
4.8	Angka kematian DBD di Jawa Timur berdasarkan kabupaten/kota tahun 2018 .....	36
4.9	Angka kematian DBD di Jawa Timur berdasarkan kabupaten/kota tahun 2016.....	37
4.10	Angka kematian DBD di Jawa Timur berdasarkan kabupaten/kota tahun 2017.....	38
4.11	Angka Bebas Jentik (ABJ) di Provinsi Jawa Timur tahun 2016-2018 .	39
4.12	Kejadian DBD berdasarkan Jenis kelamin di Provinsi Jawa Timur .....	41
4.13	Kasus DBD berdasarkan variabel waktu Provinsi Jawa Timur tahun 2015- 2018 .....	41
4.14	Peta Insidens Kasus DBD berdasarkan tempat di provinsi Jawa Timur tahun 2016 – 2018 .....	42
4.15	Diagram <i>fishbone</i> analisis penyebab masalah .....	49

## DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
2.1	Skor metode CARL .....	22
2.2	Matriks Metode CARL .....	22
3.1	<i>Timeline</i> Kegiatan Magang.....	24
4.1	Pencapaian Indikator Pengendalian DBD tahun 2016-2018 di Jawa Timur.	38
4.2	Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode CARL .....	43

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Magang adalah kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan diluar lingkungan kampus untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang di bidang peminatan epidemiologi dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik di dinas kesehatan, puskesmas, maupun rumah sakit serta instansi kesehatan. Kurikulum program magang bagi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat memberi bekal mengenai pengalaman dan ketrampilan kerja praktis serta penyesuaian sikap di dunia kerja sebelum terjun ke dunia kerja nyata(Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2016).

Tujuan dari program magang pada bidang epidemiologi adalah untuk mengenal struktur organisasi dan prosedur kerja, program pencegahan, dan penanggulangan penyakit, serta surveilans dan imunisasi yang di terapkan di tempat magang mulai mengumpulkan, mengolah, dan menganalisis data serta diseminasi informasi.Selain itu, belajar mengidentifikasi masalah kesehatan di instansi setempat, membuat prioritas masalah, menentukan alternatif pemecahan masalah serta mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan instansi(Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2016).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah salah satu unsur penyelenggara urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur. Misi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yaitu meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.Adapun misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencakup kegiatan pencegahan, surveilans, deteksi dini baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, bencana dan imunisasi. Informasi mengenai hal tersebut telah didapatkan

selama perkuliahan dan hal itulah yang menjadi dasar dalam menjadikan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai tempat magang.

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi virus akut yang disebabkan oleh virus dengue yang ditandai demam 2-7 hari disertai dengan manifestasi perdarahan, penurunan trombosit (trombositopenia), adanya hemokonsentrasi yang ditandai kebocoran plasma (peningkatan hematokrit, asites, efusi pleura, hipoalbuminemia). Dapat disertai gejala-gejala tidak khas seperti nyeri kepala, nyeri otot & tulang, ruam kulit atau nyeri belakang bola mata. Tidak semua yang terinfeksi virus dengue akan menunjukkan manifestasi DBD berat. Ada yang hanya bermanifestasi demam ringan yang akan sembuh dengan sendirinya atau bahkan ada yang sama sekali tanpa gejala sakit (asimtomatik). Sebagian lagi akan menderita demam dengue saja yang tidak menimbulkan kebocoran plasma dan mengakibatkan kematian. Dalam 3 dekade terakhir penyakit ini meningkat insidennya di berbagai belahan dunia terutama daerah tropis dan sub tropis, banyak ditemukan di wilayah urban dan semi-urban. Penyakit ini ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes* yang mengandung virus dengue.

Di Indonesia kasus DBD berfluktuasi setiap tahunnya dan cenderung semakin meningkat angka kesakitannya dan sebaran wilayah yang terjangkau semakin luas. Pada tahun 2016, DBD berjangkit di 463 Kabupaten/kota dengan angka kesakitan sebesar 78,13 per 100.000 penduduk, namun angka kematian dapat ditekan dibawah 1 persen, yaitu 0,79 persen. KLB DBD terjadi hampir setiap tahun di tempat yang berbeda dan kejadiannya sulit diduga. DBD diperkirakan akan masih cenderung meningkat dan meluas sebarannya. Hal ini karena vektor penular DBD tersebar luas baik di tempat pemukiman maupun di tempat umum. Selain itu, kepadatan penduduk, mobilitas penduduk, urbanisasi yang semakin meningkat terutama sejak 3 dekade terakhir.

Sampai saat ini belum ada obat atau vaksin yang spesifik tetapi bila pasien berobat dini, dan mendapat penatalaksanaan yang adekuat, umumnya kasus-kasus penyakit ini dapat diselamatkan. Cara yang dapat dilakukan saat ini dengan menghindari atau mencegah gigitan nyamuk penular DBD. Oleh karena itu upaya pengendalian DBD yang penting saat ini adalah melalui upaya pengendalian nyamuk penular dan upaya membatasi kematian karena DBD. Atas dasar itu maka upaya pengendalian DBD memerlukan kerjasama dengan program dan sektor terkait serta peran masyarakat.



## **1.2 Tujuan Kegiatan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mendeskripsikan Pelaksanaan Program Pengendalian Demam Berdara Dengue (DBD) Di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mempelajari gambaran pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian DBD yang di laksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
2. Mempelajari sistem pencatatan dan pelaporan DBD mulai dari proses pengumpulan, pengolahan, analisis data dan diseminasi data.
3. Mengidentifikasi permasalahan dalam pelaksanaan kegiatan pengendalian DBD, membuat prioritas masalah, yang terjadi dan memberikan alternatif pemecahan masalah.

## **1.3 Manfaat Kegiatan**

### **1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa**

Dapat menambah pemahaman mahasiswa terutama mengenai kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit DBD di lingkup Provinsi Jawa Timur. Dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah di dapat selama proses perkuliahan.

### **1.3.2 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat**

Memperoleh informasi mengenai gambaran pelaksanaan sistem pencegahan dan pengendalian DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang dapat digunakan sebagai studi literasi untuk pembelajaran epidemiologi.

### **1.3.3 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur**

Memperoleh masukan mengenai alternatif pemecahan permasalahan yang berkaitan dengan pelaksanaan Sistem Pencegahan dan pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD).

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Diagnosis Infeksi Dengue

Kriteria diagnosis infeksi dengue dibagi menjadi kriteria diagnosis klinis dan kriteria diagnosis laboratoris.

##### a. Kriteria diagnosis Klinis

Manifestasi klinis infeksi dengue sangat bervariasi dan sulit dibedakan dari penyakit infeksi lain terutama pada fase awal perjalanan penyakitnya. Dengan meningkatnya kewaspadaan masyarakat terhadap infeksi dengue, tidak jarang pasien demam dibawa berobat pada fase awal penyakit, bahkan pada hari pertama demam. Sisi baik dari kewaspadaan ini adalah pasien demam berdarah dengue dapat diketahui dan memperoleh pengobatan ada fase dini, namun di sisi fase lain pada fase ini sangat sulit bagi tenaga kesehatan untuk menegakkan diagnosis demam berdarah dengue. Berdasarkan petunjuk klinis tersebut dibuat kriteria diagnosis klinis yang terdiri atas kriteria diagnosis klinis Demam Dengue (DD), Demam Berdarah Dengue (DBD), Demam Berdarah Dengue dengan Syok (Sindrom Syok Dengue/SSD), dan *Expanded Dengue Syndrom (Unusual manifestation)*. (UUK Infeksi dan Penyakit Tropis IDAI, 2014)

##### 1. Demam Dengue

Demam tinggi mendadak (biasanya  $\geq 39^{\circ}$ ) ditambah 2 atau lebih gejala/ tanda penyerta :

- Nyeri kepala
- Nyeri belakang bola mata
- Nyeri otot & tulang
- Ruam kulit
- Manifestasi perdarahan
- Leukopenia (Lekosit  $< 5000/\text{mm}^3$ )

- Trombositopenia (Trombosit  $<150.000/\text{mm}^3$ )
- Peningkatan hematokrit 5-10 %

## 2. Demam Berdarah Dengue

a) Diagnosis DBD dapat ditegakkan bila ditemukan manifestasi berikut :

1. Demam 2-7 hari yang timbul mendadak, tinggi, terus-menerus
2. Adanya manifestasi perdarahan baik yang spontan seperti petekie, purpura, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis dan atau melena; maupun beberapa uji tourniquet positif.
3. Trombositopenia (Trombosit  $\leq 100.000/\text{mm}^3$ )
4. Adanya kebocoran plasma (*plasma leakage*) akibat dari peningkatan permeabilitas vaskular yang ditandai salah satu atau lebih tanda berikut :
  - a. Peningkatan hematokrit/hemokonsentrasi  $\geq 20\%$  dari nilai baseline atau penurunan sebesar itu pada fase konvalesens.
  - b. Efusi pleura, asites atau hipoproteinemia

b) Karakteristik gejala dan tanda utama DBD sebagai berikut :

1. Demam
  - a. Demam tinggi yang mendadak, terus menerus, berlangsung 2-7 hari.
  - b. Akhir fase demam setelah hari ke-3 saat demam mulai menurun, hati-hati karena pada fase tersebut dapat terjadi syok. Demam hari ke-3 sampai ke-6 adalah fase kritis terjadinya syok.
2. Tanda-tanda perdarahan
  - a. Penyebab perdarahan pada pasien DBD ialah vaskulopati, trombositopenia dan gangguan fungsi trombosit, serta koagulasi intravaskular yang menyuluruh. Jenis perdarahan yang terbanyak adalah perdarahan kulit seperti uji *tourniquet* positif (uji *Rumple Leed* / Uji Bendung), petekie, purpura, ekimosis dan perdarahan konjungtiva. Petekie dapat muncul pada hari-hari pertama demam tetapi dapat puladijumpai setelah hari ke-3 demam.
  - b. Petekie sering sulit dibedakan dengan bekas gigitan nyamuk, untuk membedakannya: lakukan penekanan pada bintik merah yang

dicurigai dengan kaca obyek atau penggaris plastik transparan, atau dengan meregangkan kulit. Jika bintik merah menghilang saat penekanan/peregangan kulit berarti bukan petekie. Perdarahan lain yaitu epitaksis, perdarahan gusi, melena dan hematemasis. Pada anak yang belum pernah mengalami mimisan, maka mimisan merupakan tanda penting. Kadang-kadang dijumpai pula perdarahan konjungtiva atau hematuria.

### 3. Hepatomegali

- a. Pembesaran hati pada umumnya dapat ditemukan pada permulaan penyakit, bervariasi dari hanya sekedar dapat diraba (*just palpable*) sampai 2-4 cm di bawah lengkung iga kanan dan dibawah prosesus Xifoideus
- b. Proses pembesaran hati, dari tidak teraba menjadi teraba, dapat meramalkan perjalanan penyakit DBD. Derajat pembesaran hati tidak sejajar dengan beratnya penyakit, namun nyeri tekan di hipokondrium kanan disebabkan oleh karena peregangan kapsul hati. Nyeri perut lebih tampak jelas ada anak besar dari pada anak kecil.

### 4. *Expanded Dengue Syndrom (Unusual manifestation)*

Memenuhi kriteria Demam Dengue atau Demam Berdarah Dengue baik yang disertai syok maupun tidak, dengan manifestasi klinis komplikasi infeksi virus dengue atau dengan manifestasi klinis yang tidak biasa, seperti tanda dan gejala:

- Kelebihan cairan
- Gangguan elektrolit
- Ensefalitis
- Perdarahan hebat
- Gagal ginjal akut
- Haemolytic Uremic Syndrome
- Gangguan jantung: gangguan konduksi, miokarditis, perikarditis
- Infeksi ganda

### **b. Kriteria diagnosis laboratoris**

Kriteria diagnosis laboratoris infeksi dengue baik demam dengue, demam berdarah dengue maupun *expanded dengue syndrom* terdiri atas:

### 1. *Probable*

Apabila diagnosis klinis diperkuat oleh hasil pemeriksaan serologi antidengue (deteksi antibodi) serum tunggal dan/atau penderita bertempat tinggal/pernah berkunjung ke daerah endemis DBD dalam kurun waktu masa inkubasi.

### 2. *Confirmed*

Apabila diagnosis klinis diperkuat dengan sekurang-kurangnya salah satu pemeriksaan berikut:

- a. Isolasi virus Dengue dari serum atau sampel otopsi
- b. Pemeriksaan HI Test dimana terdapat peningkatan titer antibodi 4 kali pada pasangan serum akut dan konvalensi atau peningkatan antibodi IgM Spesifik untuk virus dengue.
- c. Positif antigen virus Dengue pada pemeriksaan otopsi jaringan, serum atau cairan serebrospinal (LCS) dengan metode *immunohistochemistry*, *immunofluorescence* atau serokonversi pemeriksaan IgG dan IgM (dari negatif menjadi positif) pada pemeriksaan serologi berpasangan (ELISA)
- d. Positif pemeriksaan antigen dengue dengan *Polymerase Chain Reaction* (PCR) atau pemeriksaan NS1 Dengue.

## 2.2 Tatalaksana Infeksi Dengue

Pada dasarnya pengobatan infeksi dengue bersifat simptomatis dan suportif, yaitu mengatasi kehilangan cairan plasma sebagai akibat peningkatan permeabilitas kapiler dan sebagai akibat perdarahan. Pasien DD dapat berobat jalan sedangkan pasien DBD dengan komplikasi diperlukan perawatan insentif. Diagnosis dini dan memberikan nasehat untuk segera dirawat bila terdapat tanda syok, merupakan hal yang penting untuk mengurangi angka kematian. Di pihak lain, perjalanan penyakit DBD sulit diramalkan. Kunci keberhasilan tatalaksana DBD/SSD terletak pada keterampilan para petugas medis dan paramedis untuk dapat mengatasi masa peralihan dari fase demam ke fase penurunan suhu (fase kritis, fase syok) dengan baik.

## 2.3 Gambaran Epidemiologi

Epidemiologi Infeksi Dengue adalah ilmu yang mempelajari tentang kejadian dan distribusi frekuensi Infeksi Dengue (Demam Dengue/DD, Demam Berdarah Dengue/DBD, *Expanded Dengue Syndrom/EDS*) menurut variabel epidemiologi (orang, waktu dan tempat) dan berupaya menentukan faktor risiko (determinan) kejadian tersebut pada suatu kelompok populasi. Distribusi yang dimaksud diatas adalah distribusi berdasarkan unsur orang, waktu dan tempat; sedangkan frekuensi dalam hal ini adalah kesakitan, angka kematian dll. Determinan faktor risiko berarti faktor yang mempengaruhi atau faktor yang memberi risiko atas kejadian penyakit Demam Dengue, Demam Berdarah Dengue dan *Expanded Dengue Syndrom*.

Ukuran (parameter) frekuensi penyakit yang paling sederhana adalah ukuran yang menghitung jumlah individu yang sakit pada suatu populasi yang bermanfaat bagi petugas kesehatan dalam mengalokasikan dana atau kegiatan. Ukuran-ukuran epidemiologi yang sering digunakan dalam kegiatan pengendalian DBD adalah Insidens Rate (IR), Angka Kematian (CFR), Attack Rate (AR) dan Angka Bebas Jentik(ABJ).

a. Insidens Rate (IR)

Angka kesakitan adalah angka yang menunjukkan proporsi kasus/kejadian (baru) penyakit dalam suatu populasi. Angka kesakitan merupakan jumlah orang yang menderita penyakit dibagi jumlah total populasi dalam kurun waktu tertentu dikalikan konstanta.

$$IR = \frac{\text{Jumlah kasus baru dalam kurun waktu tertentu}}{\text{jumlah populasi dalam kurun waktu tertentulasi dalam kurun waktu tertentu}} \times 100\%$$

b. Angka Kematian (CFR)

CFR adalah persentase kematian yang diakibatkan dari suatu penyakit dalam suatu kurun waktu tertentu.

$$CFR = \frac{\text{Jumlah kematian}}{\text{jumlah kasus}} \times 100\%$$

c. Attack Rate (AR)

Ukuran epidemiologi pada saat terjadi KLB, untuk menghitung kasus pada populasi berisiko disuatu wilayah dan waktu tertentu.

$$AR = \frac{\text{Jumlah kasus}}{\text{jumlah populasi berisiko pada waktu terjadi KLB}} \times \text{konstanta}$$

d. Angka Bebas Jentik (ABJ)

ABJ adalah presentase jumlah rumah/bangunan yang tidak terdapat jentik.

$$ABJ = \frac{\text{Jumlah rumah/ bangunan tidak terdapat jentik}}{\text{jumlah rumah/bangunan diperiksa}} \times 100\%$$

## 2.4 Mekanisme Penularan Penyakit

Penyebab penyakit Dengue adalah Arthropod borne virus, famili Flaviviridae. Virus ini berukuran kecil (50 nm) ini memiliki single standard RNA. Terdapat 4 serotipe virus yang dikenal yakni DEN-1, DEN-2, DEN-3 dan DEN-4. Keempat serotipe virus ini telah ditemukan diberbagai wilayah Indonesia. Hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa Dengue-3 sangat berkaitan dengan kasus DBD berat dan merupakan serotipe yang paling luas distribusinya disusul dengan Dengue-2, Dengue-1 dan Dengue-4.

Terinfeksi seseorang dengan salah satu serotipe tersebut diatas, akan menyebabkan kekebalan seumur hidup terhadap serotipe virus yang bersangkutan. Meskipun keempat serotipe virus tersebut mempunyai daya antigenisitas yang sama namun mereka berbeda dalam menimbulkan proteksi silang meski baru beberapa bulan terjadi dengan salah satu dari mereka.

Virus ditularkan dari orang ke orang melalui gigitan nyamuk Aedes (Ae). Ae aegypti merupakan vektor epidemi yang paling utama, namun spesies lain seperti Ae. Albopictus, Ae. Scutellaris dan Ae niveus juga dianggap vektor sekunder. Kecuali Ae.aegypti semuanya mempunyai daerah distribusi geografis sendiri-sendiri yang terbatas. Meskipun mereka merupakan host yang sangat baik untuk virus dengue, biasanya mereka merupakan vektor epidemi yang kurang efisien dibanding Ae.aegypti. Nyamuk penular dengue ini terdapat hampir di seluruh pelosok Indonesia, kecuali di tempat-tempat dengan ketinggian lebih dari 1000 meter diatas permukaan laut. Seseorang yang di dalam darahnya mengandung virus dengue merupakan sumber penular Demam Berdarah Dengue (DBD). Virus ini berada dalam darah selama 4-7 hari mulai 1-2 hari sebelum demam.

Virus dengue menginfeksi manusia dan beberapa spesies dari primata rendah. Tubuh manusia adalah reservoir utama bagi virus tersebut, meskipun studi yang dilakukan di Malaysia dan Afrika menunjukkan bahwa monyet dapat terinfeksi oleh virus dengue sehingga dapat berfungsi sebagai host reservoir. Semua orang rentan terhadap penyakit ini, pada anak-anak biasanya menunjukkan gejala lebih ringan dibandingkan dengan orang dewasa. Penderita yang sembuh dari infeksi dengan satu jenis serotipe akan memberikan imunitas homolog seumur hidup tetapi tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi serotipe lain

dan dapat terjadi infeksi lagi oleh serotipe lainnya. Apabila seseorang terinfeksi 2 serotipe maka akan sangat berbahaya.

## **2.5 Surveilans Kasus**

Surveilans Dengue adalah proses pengamatan, pengumpulan, pengolahan, analisis, dan interpretasi data, serta penyajian informasi kepada pemegang kebijakan, penyelenggara program kesehatan, dan *stakeholders* terkait secara sistematis dan terus menerus tentang situasi penyakit dengue dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit tersebut (determianan) agar dapat dilakukan tindakan pengendalian secara efektif dan efisien.

Secara umum tujuan surveilans dengue adalah tersedianya data dan informasi epidemiologi penyakit dengue sebagai dasar manajemen kesehatan untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program kesehatan dan peningkatan kewaspadaan serta respon kejadian luar biasa yang cepat dan tepat.

## **2.6 Surveilans Vektor**

Surveilans vektor DBD adalah proses pengamatan, pengumpulan, pencatatan, pengelolaan, analisis dan interpretasi data vektor serta penyebarluasan informasi kepada pihak lintas program dan instansi terkait secara sistematis dan terus-menerus. Surveilans vektor diperlukan dalam pengambilan keputusan/kebijakan dan menentukan tindak lanjut dari data yang diperoleh dalam rangka menentukan tindakan pengendalian vektor secara efisien dan efektif.

Lokasi survei vektor DBD adalah lokasi yang diduga sebagai tempat perkembangbiakan/istirahat/mencari makan nyamuk *Aedes* yang berdekatan dengan kehidupan/kegiatan manusia, antara lain :

1. Pemukiman penduduk
2. Tempat-tempat umum (pasar, terminal angkutan umum, rumah makan/restoran, hotel/losmen, sekolah, tempat ibadah, perkantoran dan sebagainya)
3. Wilayah endemis DBD
4. Wilayah yang pernah terjadi KLB DBD
5. Wilayah yang menjadi sasaran pengendalian vektor DBD



## 2.7 Metode Pengendalian Vektor

Pengendalian vektor adalah upaya menurunkan faktor risiko penularan oleh vektor dengan cara meminimalkan habitat perkembangbiakan vektor, menurunkan kepadatan dan umur vektor dengan manusia serta memutus rantai penularan penyakit. Metode pengendalian vektor DBD bersifat spesifik lokal, dengan mempertimbangkan faktor-faktor lingkungan fisik (cuaca/iklim, pemukiman, tempat perkembangbiakan) lingkungan sosial budaya (pengetahuan, sikap dan perilaku) dan aspek vektor (perilaku dan status kerentanan vektor). Pengendalian vektor dapat dilakukan secara fisik, biologi, kimia, dan terpadu dari metode fisik, biologi dan kimia.

### a. Pengendalian Secara Fisik/Mekanik

Pengendalian fisik merupakan pilihan utama pengendalian vektor DBD melalui kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan cara menguras bak mandi/bak penampungan air, menutup rapat-rapat tempat penampungan air dan memanfaatkan kembali/mendaur ulang barang bekas yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan jentik nyamuk (3M). PSN 3M akan memberikan hasil yang baik apabila dilakukan secara luas dan serentak, terus menerus dan berkesinambungan. PSN 3M sebaiknya dilakukan sekurang-kurangnya seminggu sekali sehingga terjadi pemutusan rantai pertumbuhan nyamuk pra dewasa tidak menjadi dewasa. Yang menjadi sasaran kegiatan PSN 3M adalah semua tempat potensial perkembangbiakan nyamuk *Aedes*, antara lain tempat penampungan air (TPA) untuk keperluan sehari-hari, tempat penampungan air bukan untuk keperluan sehari-hari (non-TPA) dan tempat penampungan air alamiah.

PSN 3M dilakukan dengan cara, antara lain :

1. Menguras dan menyikat tempat-tempat penampungan air, seperti bak mandi/wc, drum, dan lain-lain seminggu sekali (M1)
2. Menutup rapat-rapat tempat penampungan air seperti gentong air/tempayan, dan lain-lain (M2)
3. Memanfaatkan atau mendaur ulang barang-barang bekas yang dapat menampung air hujan (M3)

PSN 3M diiringi dengan kegiatan plus lainnya, antara lain:

- Mengganti air vas bunga, tempat minum burung atau tempat-tempat lainnya yang sejenis seminggu sekali

- Memperbaiki saluran dan talang air yang tidak lancar/rusak
- Menutup lubang-lubang pada potongan bambu/pohon, dan lain-lain (dengan tanah, dan lain-lain)
- Menaburkan bubuk larvasida, misalnya di tempat-tempat yang sulit dikuras atau di daerah yang sulit air
- Memelihara ikan pemakan jentik di kolam/bak-bak penampungan air
- Memasang kawat kasa
- Menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam kamar
- Mengupayakan pencahayaan dan ventilasi ruang yang memadai
- Menggunakan kelambu
- Memakai obat yang dapat mencegah gigitan nyamuk
- Cara-cara spesifik lainnya di masing-masing daerah.

Keberhasilan kegiatan PSN 3M antara lain dapat diukur dengan angka bebas jentik (ABJ), apabila ABJ lebih lebih atau sama dengan 95% diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi.

#### **b. Pengendalian Secara Biologi**

Pengendalian vektor biologi menggunakan *agent* biologi antara lain:

1. Predator/pemangsa jentik (hewan, serangga, parasit) sebagai musuh alami stadium pra dewasa nyamuk. Jenis predator yang digunakan adalah ikan pemakan jentik (cupang, tamalo, gabus, guppy, dll), sedangkan larva Capung (*nympha*), *Toxorhyncites*, *Mesocyclops* dapat juga berperan sebagai predator walau bukan sebagai metode yang lazim untuk pengendalian vektor DBD.
2. Insektisida biologi untuk pengendalian DBD, diantaranya:
 

*Insect Growth Regulator* (IGR) dan *Bacillus Thuringiensis Israelansis* (BTI) ditujukan untuk pengendalian stadium pra dewasa yang diaplikasikan kedalam habitat perkembangbiakan vektor.

  - IGR mampu menghalangi pertumbuhan nyamuk di masa pra dewasa dengan cara merintang/menghambat proses chitin synthesis selama masa jentik berganti kulit atau mengacaukan proses perubahan pupae dan nyamuk dewasa. IGRs memiliki tingkat racun yang sangat rendah terhadap

mamalia (nilai LD50 untuk keracunan akut pada methoprene adalah 34.600 mg/kg)

- NTI sebagai salah satu pembasmi jentik nyamuk/larvasida yang ramah lingkungan. BTI terbukti aman bagi manusia bila digunakan dalam air minum pada dosis normal. Keunggulan BTI adalah menghancurkan jentik nyamuk tanpa menyerang predator entomophagus dan spesies lain. Formula BTI cenderung secara cepat mengendap di dasar wabah, karena itu dianjurkan pemakaian yang berulang kali.

### c. Pengendalian Secara Kimiawi

Pengendalian vektor cara kimiawi dengan menggunakan insektisida merupakan salah satu metode pengendalian yang lebih populer di masyarakat dibanding dengan cara pengendalian lain. Sasaran insektisida adalah stadium dewasa dan pra dewasa. Karena insektisida adalah racun maka penggunaannya, harus mempertimbangkan dampak terhadap lingkungan dan organisme bukan sasaran termasuk mamalia. Disamping itu penentuan jenis insektisida, dosis, dan metode aplikasi merupakan syarat yang penting untuk dipahami dalam kebijakan pengendalian vektor. Aplikasi insektisida yang berulang dalam jangka waktu lama di satuan ekosistem akan menimbulkan terjadinya resistensi. Insektisida tidak dapat digunakan apabila nyamuk resisten/kebal terhadap insektisida.

Golongan insektisida kimiawi untuk pengendalian DBD, antara lain :

1. Sasaran dewasa (nyamuk) antara lain : Organophospat (Malation, methylpirimiphos), Pyrethroid (Cypermethrine), Lamda-cyhalotrine, Cyfitrine, Permethrine, S-Bioalethrine dan lain-lain). Yang ditujukan untuk stadium dewasa yang diaplikasikan dengan cara pengabutan panas/fogging dan pengabutan dingin/ULV
2. Sasaran pra dewasa (jentik)/larvasida antara lain : Organophospat (temephos), Piriproxifen dan lain-lain.

### d. Pengendalian Vektor Terpadu

Pengendalian vektor terpadu/PVT (*integrated vector managemen/IVMt*) adalah kegiatan pengendalian vektor dengan memadukan berbagai metode baik fisik, biologi dan kimia, yang dilakukan secara bersama-sama, dengan melibatkan berbagai sumber daya lintas program dan lintas sektor. Komponen lintas sektor yang menjadi mitra

bidang kesehatan dalam pengendalian vektor antara lain : bidang pendidikan dan kebudayaan, bidang agama, bidang pertanian, bidang kebersihan dan tata ruang, bidang perumahan dan permukiman, dan bidang lainnya yang terkait baik secara langsung maupun tidak langsung.

## **2.8 Pengendalian Sebelum Musim Penularan**

Merupakan periode bulan yang berdasarkan analisis data kasus rata-rata perbulan selama 3-5 tahun terakhir memiliki jumlah rata-rata kasus paling rendah di suatu wilayah. Periode sebelum musim penularan biasanya sebelum memasuki musim penghujan/musim penularan DBD. Pengendalian sebelum musim penularan meliputi kegiatan penyuluhan kepada masyarakat, Bulan Bakti Gerakan (BBG) PSN 3M plus secara serentak dan larvasidasi.

1. Penyuluhan kepada masyarakat dapat dilakukan melalui penyuluhan langsung dan/atau melalui media cetak dan/atau media elektronik.
2. Bulan Bakti Gerakan (BBG) PSN 3M plus dilaksanakan secara serentak dengan melibatkan kepala daerah, seluruh satuan kerja pemerintah daerah (SKPD) setempat beserta seluruh lapisan masyarakat.
3. Larvasida dilakukan secara selektif pada tempat-tempat penampungan air (TPA) dan tempat-tempat penampungan air (TPA) dan tempat-tempat non-TPA yang berpotensi menjadi tempat perindukan jentik nyamuk *Aedes*.

## **2.9 Penanggulangan Kejadian Luar Biasa**

Merupakan upaya penanggulangan yang meliputi: pengobatan/perawatan terhadap penderita, pemutusan rantai penularan/pemberantasan vektor penular, penyuluhan kepada masyarakat untuk melaksanakan gerakan PSN 3M Plus secara serentak dan evaluasi/penilaian penanggulangan yang dilakukan di seluruh wilayah yang mengalami KLB. Hal tersebut bertujuan untuk membatasi penularan/ penyebaran KLB DBD sehingga KLB yang terjadi di suatu wilayah tidak meluas ke wilayah lainnya dan mencegah/meminimalkan terjadinya kematian akibat DBD

Sesuai Permenkes Nomor 1501 tahun 2010 disebutkan 7 kriteria KLB, tetapi dalam upaya pengendalian DBD ada 3 kriteria yang direkomendasikan yaitu :

1. Timbulnya suatu penyakit menular tertentu (DBD) yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal pada suatu daerah.
2. Jumlah penderita baru (kasus DBD) dalam periode waktu satu bulan menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya.
3. Angka kematian kasus suatu penyakit (*Case Fatality Rate*) dalam 1 (satu) kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% (lima puluh persen) atau lebih dibandingkan dengan angka kematian kasus suatu penyakit periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.

## **2.10 Penentuan Prioritas Masalah**

### **a. Definisi Penentuan Prioritas**

Penentuan prioritas adalah merupakan langkah yang sangat penting dan menentukan dalam rangka proses perencanaan, bahkan sering dikemukakan sebagai jantung kedua setelah pengambilan keputusan. Hal tersebut pada umumnya disebabkan karena sarana bidang kesehatan yang terbatas, sedangkan masalah yang harus ditanggulangi banyak dan kompleks. Masalah yang sering muncul dalam proses perencanaan dalam kaitan pengambilan keputusan adalah tentang penentuan prioritas masalah dan solusi serta alokasi pembiayaan

### **b. Metode CARL**

Menurut Supriyanto (2010), penentuan prioritas masalah merupakan langkah yang sangat penting dan menentukan dalam rangka proses perencanaan. Masalah yang terjadi dalam organisasi umumnya disebabkan karena sarana (resources = 6M2TI) bidang kesehatan yang terbatas. Masalah yang sering muncul dalam proses perencanaan berkaitan dengan pengambilan keputusan adalah tentang penentuan prioritas masalah dan solusi serta alokasi pembiayaan.

Metode CARL adalah suatu teknik atau cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah jika data yang tersedia adalah data kualitatif. Metode ini dilakukan dengan menentukan skor atas kriteria tertentu, seperti kemampuan (*capability*), kemudahan

(accessibility), kesiapan (readiness), serta pengaruh (leverage). Semakin besar skor semakin besar masalahnya, sehingga semakin tinggi letaknya pada urutan prioritas.

Penggunaan metode CARL untuk menetapkan prioritas masalah dilakukan apabila pengelola program menghadapi hambatan keterbatasan dalam menyelesaikan masalah. Penggunaan metode ini menekankan pada kemampuan pengelola program. Kriteria CARL tersebut mempunyai arti :

- C (Capability) : Ketersediaan sumber daya (dana, sarana/ peralatan)
- A (Accessability) : Kemudahan, masalah yang ada diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/ cara/ teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau juklak.
- R (Readness) : Kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/ kemampuan dan motivasi
- L (Leverage) : Seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas.

Langkah Pelaksanaan CARL :

1. Menuliskan daftar masalah
2. Menentukan skor atau nilai yang akan diberikan pada tiap masalah

Tabel 2.1 Skor metode CARL

<p>Skor atau nilai untuk Capability:</p> <p>1 = Sangat tidak mampu            2 = Tidak mampu            3 = Cukup mampu            4 = Mampu            5 = Sangat mampu</p>	<p>Skor atau nilai untuk Accesability:</p> <p>1 = Sangat tidak mudah            2 = Tidak mudah            3 = Cukup mudah            4 = Mudah            5 = Sangat mudah</p>
<p>Skor atau nilai untuk Readiness:</p> <p>1 = Sangat tidak siap            2 = Tidak siap            3 = Cukup siap            4 = Siap            5 = Sangat siap</p>	<p>Skor atau nilai untuk Laverage :</p> <p>1= Sangat tidak berpengaruh            2 = Tidak berpengaruh            3. = Cukup berpengaruh            4. = Berpengaruh            5.= Sangat berpengaruh</p>

3. Masing-masing kriteria memiliki rentang skor 1-5 dengan dimana semakin tinggi skor memiliki arti semakin mudah dilakukan atau semakin tersedia.
4. Masing-masing kriteria akan dikalikan (C x A x R x L) sehingga mendapatkan nilai akhir.
5. Nilai akhir akan dirangking berdasarkan Nilai akhir tertinggi, dan yang mendapat skor akhir tertinggi merupakan masalah utama yang diprioritaskan.

Tabel 2.2 Matriks Metode CARL

No	MASALAH	C	A	R	L	NILAI	RANK
1.	Masalah 1						
2.	Masalah 2						
3.	Masalah n						

Metode CARL dapat diterapkan dengan key person untuk berpartisipasi. Output dari tahap prioritas masalah ini adalah terjadi kesepakatan dan persamaan tujuan mengenai permasalahan kesehatan mana yang menjadi prioritas yang paling utama diintervensi.

### 2.11 Analisis Penyebab Masalah dengan Metode Diagram *Fishbone*

*Fishbone* diagram atau bisa juga disebut Ishikawa diagram atau cause and effect diagram adalah salah satu Quality Control tools yang memudahkan identifikasi suatu masalah dalam produksi. *Fishbone* diagram adalah satu-satunya quality control tool yang menggunakan data verbal (kualitatif) dan bukan menggunakan data numerik dalam penyajiannya. Alat bantu kontrol ini membantu mengidentifikasi “penyimpangan mutu” melalui berbagai macam parameter penyebab yang saling berhubungan. Masalah-masalah dikategorikan dalam kelompok tertentu dari mulai path utama, kemudian bercabang menjadi kelompok masalah yang berhubungan dan seterusnya sehingga terlihat seperti “tulang ikan” (Supriyanto & Damayanti, 2007).

Langkah dalam menyusun diagram *fishbone*:

1. Pemilihan masalah terpenting
2. Tarik garis kekiri sebagai path utama berbentuk seperti panah
3. Tentukan sebab-sebab utama
4. Penjabaran sebab-sebab utama tersebut melalui cabang

Dalam pembuatan diagram ini diperlukan analisis sebab akibat yang tepat. Bagaimana kita memahami suatu penyebab masalah dan dimana kita meletakkannya menjadi hal yang penting. Dengan begitu, ketika terjadi suatu masalah, kita bisa dengan tepat menganalisis akar permasalahan yang tepat dan akurat dengan mengandalkan diagram ini. Kriteria yang dapat digunakan untuk membentuk dan menentukan cabang dari fishbone adalah 6M2T1I (Man, Machine, Money, Method, Material, Market, Technology, Time, Information) (Supriyanto,2010).

### **BAB III**

#### **METODE KEGIATAN MAGANG**

#### **3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang**

##### **3.1.1 Lokasi Magang**

Lokasi magang di kantor Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, yang terletak di Jalan Ahmad Yani No.118 Surabaya. Pelaksanaan magang di bidang Pengendalian Penyakit dan Masalah Kesehatan (P2MK), khususnya seksi Pemberantasan Penyakit bagian program DBD (P2).

##### **3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang**

Waktu pelaksanaan magang adalah selama 4 minggu, yaitu mulai tanggal 02 Januari 2019 sampai 31 Januari 2019. Adapun jadwal magang sesuai dengan jam kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada umumnya yaitu mulai mulai pukul 07.00-15.30 WIB pada hari Senin-Kamis, dan pukul 07.00-14.30 WIB pada hari Jum'at.

Tabel 3.1 *Timeline* Kegiatan Magang

<b>Kegiatan</b>	<b>Minggu ke-</b>				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Pelaksanaan magang					
Pengumpulan data					
Pengolahan data, identifikasi masalah					
Penentuan prioritas masalah, alternatif solusi masalah.					
Supervisi pembimbing					



Kegiatan	Minggu ke-				
	1	2	3	4	5
Pembuatan Laporan Magang					
Seminar Hasil Laporan Magang					

### 3.2 Metode Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan magang tersebut akan dilaksanakan dengan cara sebagai berikut:

1. Melaksanakan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
2. Ceramah berupa penjelasan dari pembimbing yang dilakukan dengan tatap muka secara langsung menggunakan media lcd atau peraga lainnya.
3. Partisipasi aktif berupa menjalankan tugas kerja baik di dalam instansi maupun ketika Dinas Luar (DL) terkait dengan program DBD.
4. Wawancara yang dilakukan dengan pemegang program untuk mendapatkan informasi dan penjelasan terkait program P2 DBD.
5. Mempelajari gambaran pelaksanaan kegiatan program P2 DBD di Dinas Provinsi Jawa Timur
6. Mempelajari sistem pencatatan dan pelaporan Kejadian DBD mulai dari proses pengumpulan, pengolahan, analisis data dan diseminasi data.
7. Melakukan diskusi dengan pemegang program P2 DBD terkait identifikasi masalah dengan membandingkan antara capaian laporan tahunan kejadian DBD dan target program P2 DBD, penentuan prioritas masalah menggunakan metode CARL bersama pemegang program P2 DBD, penentuan akar penyebab masalah menggunakan metode *fishbone* melalui diskusi dengan pemegang program P2 DBD dan perumusan alternatif solusi dengan diskusi bersama pemegang program P2 DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

### 3.3 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem. Data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

- a. Data primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan melakukan wawancara kepada pemegang program DBD seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur untuk mendapatkan informasi berupa data hasil identifikasi masalah, prioritas masalah, akar penyebab masalah dan perumusalan alternatif solusi.

b. Data sekunder

Data sekunder bersumber dari profil kesehatan Jawa Timur tahun 2015-2017 dan laporan tahunan P2 DBD tahun 2016-2018 berupa data kejadian DBD berdasarkan jenis kelamin dan umur di provinsi Jawa Timur tahun 2016-2017

### 3.4 Output Kegiatan

Kegiatan magang yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menghasilkan :

1. Laporan kegiatan dan saran untuk peningkatan keberhasilan program P2 DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
2. Mahasiswa dapat mempelajari gambaran pelaksanaan kegiatan program P2 DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
3. Mahasiswa dapat mempelajari sistem pencatatan dan pelaporan DBD mulai dari proses pengumpulan, pengolahan, analisis data dan diseminasi data.
4. Mahasiswa dapat melakukan identifikasi masalah dengan membandingkan antara capaian laporan tahunan kejadian DBD dan target program P2 DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
5. Mahasiswa dapat melakukan penentuan prioritas masalah menggunakan metode CARL pada program P2 DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
6. Mahasiswa dapat melakukan penentuan akar penyebab masalah menggunakan metode *fishbone* pada program P2 DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
7. Mahasiswa dapat melakukan perumusan alternatif solusi pada program P2 DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 HASIL DAN PEMBAHASAN**

##### **4.1.1 Gambaran Umum**

###### **a. Dinas Kesehatan Jawa Timur**

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu unsur yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur yang dipimpin oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi yang bertanggung jawab kepada Gubernur Jawa Timur. Menurut Peraturan Gubernur Nomor 79 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Sekretariat, Bidang, Sub Bagian dan Seksi, Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan dan menyelenggarakan fungsi:

1. Perumusan Kebijakan Teknis di bidang kesehatan;
2. Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan dan Pelayanan Umum di bidang kesehatan;
3. Pembinaan dan Pelaksanaan Tugas sesuai dengan lingkup tugasnya;
4. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Gubernur.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai salah satu dari penyelenggara pembangunan kesehatan mempunyai visi : "Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat". Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi dimana masyarakat Jawa Timur menyadari, mau, dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

Berdasarkan Visi Dinas Kesehatan Provinsi, maka misi pembangunan kesehatan di Jawa Timur adalah :

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

3. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.
4. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.
5. Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mewujudkan misinya menetapkan tujuan sebagai berikut:

1. Untuk mewujudkan misi "Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan", maka ditetapkan tujuan : Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Untuk mewujudkan misi "Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat", maka ditetapkan tujuan: Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).
3. Untuk mewujudkan misi "Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau", maka ditetapkan tujuan:
  - a. Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya.
  - b. Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat.
  - c. Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan.
  - d. Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan.
4. Untuk mewujudkan misi "Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan", maka ditetapkan tujuan: Mencegah menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya.

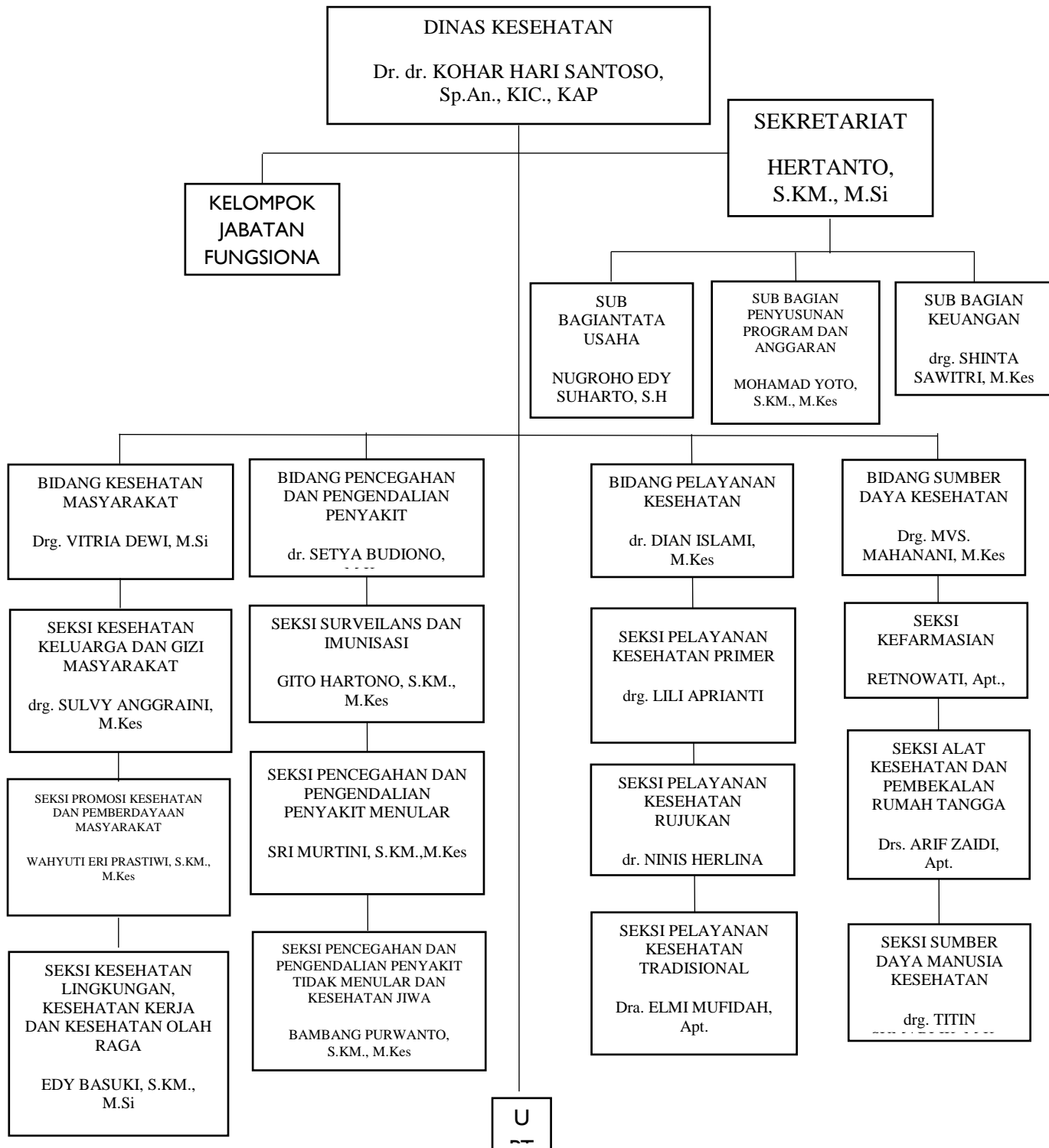
5. Untuk mewujudkan misi "Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan", maka ditetapkan tujuan: Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar.

Kebijakan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mewujudkan tujuan dan sasaran yang akan dicapai dirumuskan sebagai berikut:

1. Dalam rangka mewujudkan misi "Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan", maka ditetapkan kebijakan: Pemantapan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Dalam rangka mewujudkan misi "Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat", maka ditetapkan kebijakan:
  - a. Pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)
  - b. Peningkatan lingkungan sehat
3. Dalam rangka mewujudkan misi "Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau", maka ditetapkan kebijakan:
  - a. Percepatan penurunan kematian ibu dan anak.
  - b. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan.
  - c. Pemenuhan ketersediaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan dan makanan.
  - d. Peningkatan pembiayaan kesehatan dan pengembangan kebijakan dan manajemen kesehatan.
4. Dalam rangka mewujudkan misi "Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan", maka ditetapkan kebijakan :
  - a. Penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada bayi, anak balita, ibu hamil dan menyusui
  - b. Peningkatan pencegahan, surveilans, deteksi dini penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit potensial KLB/wabah dan ancaman epidemi yang dikuti dengan pengobatan sesuai standar serta penanggulangan masalah kesehatan lainnya dan bencana.

5. Dalam rangka mewujudkan misi "Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan", maka ditetapkan kebijakan: Penyediaan tenaga kesehatan di rumah sakit, balai kesehatan, puskesmas dan jaringannya serta mendayagunakan tenaga kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan.

Berikut adalah struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur :



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

## **b. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terbagi menjadi tiga seksi yaitu Seksi Pengendalian Penyakit Menular, Seksi Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Seksi Surveilans dan Imunisasi. Seksi Pengendalian Penyakit Menular terdiri dari program diantaranya P2 Malaria, P2 Filariasis dan Kecacangan, P2 PES, P2 Vektor, P2 DBD, P2 Menular Langsung.

## **c. Seksi Pengendalian Penyakit Menular Program DBD**

Bidang ini mempunyai tugas menyusun perencanaan, merumuskan kebijaksanaan teknis operasional, melaksanakan kegiatan pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan pencegahan masalah kesehatan, surveilans epidemiologi, pemberantasan penyakit, penyehatan airserta penyehatan lingkungan.

Upaya pengendalian penyakit DBD yang penting saat ini adalah melalui upaya pengendalian nyamuk penular dan upaya membatasi kematian karena DBD. Atas dasar hal-hal tersebut diatas maka visi, misi, strategi dan tujuan pengendalian DBD adalah sebagai berikut :

Visi program P2 DBD adalah terwujudnya individu dan masyarakat yang mandiri dalam mencegah dan melindungi diri dari penularan DBD melalui optimalisasi kegiatan PSN 3M Plus disamping meningkatnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Misi program P2 DBD adalah sebagai berikut :

1. Pengendalian DBD mengedepankan aspek pemberdayaan dan peran serta masyarakat serta kemitraan multisektor.
2. Pengendalian DBD dilaksanakan secara komprehensif dan terpadu dengan memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta aspek kesehatan lingkungan.

Strategi program P2 DBD adalah sebagai berikut :

1. Pengendalian vektor penular DBD dengan mengedepankan upaya pemberdayaan masyarakat dan peran serta masyarakat dalam PSN 3M Plus melalui Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik.
2. Penguatan sistem surveilans untuk deteksi dini, pencegahan & pengendalian kasus serta KLB DBD
3. Penguatan diagnostik dan penatalaksanaan penderita secara adekuat di fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencegah kematian

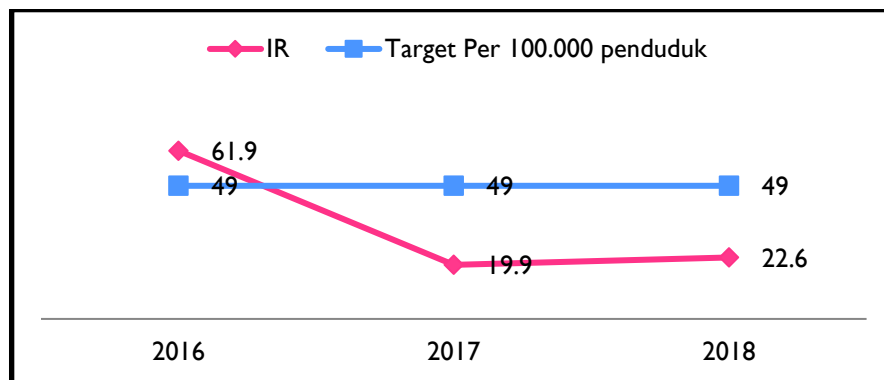
4. Pengembangan dan pemanfaatan vaksin dan teknologi tepat guna lainnya dalam upaya pencegahan dan pengendalian DBD

Tujuan program P2 DBD adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan presentase kabupaten/kota yang mencapai angka kesakitan DBD kurang dari atau sama dengan 49 per 100.000 penduduk.
2. Menurunkan angka kematian akibat DBD menjadi kurang dari 1%.
3. Membatasi penularan DBD dengan mengendalikan populasi vektor sehingga angka bebas jentik (ABJ) diatas atau sama dengan 95%.

#### 4.1.2 Capaian Indikator program DBD di Provinsi Jawa Timur

##### a. Angka kesakitan (IR) DBD di provinsi Jawa Timur

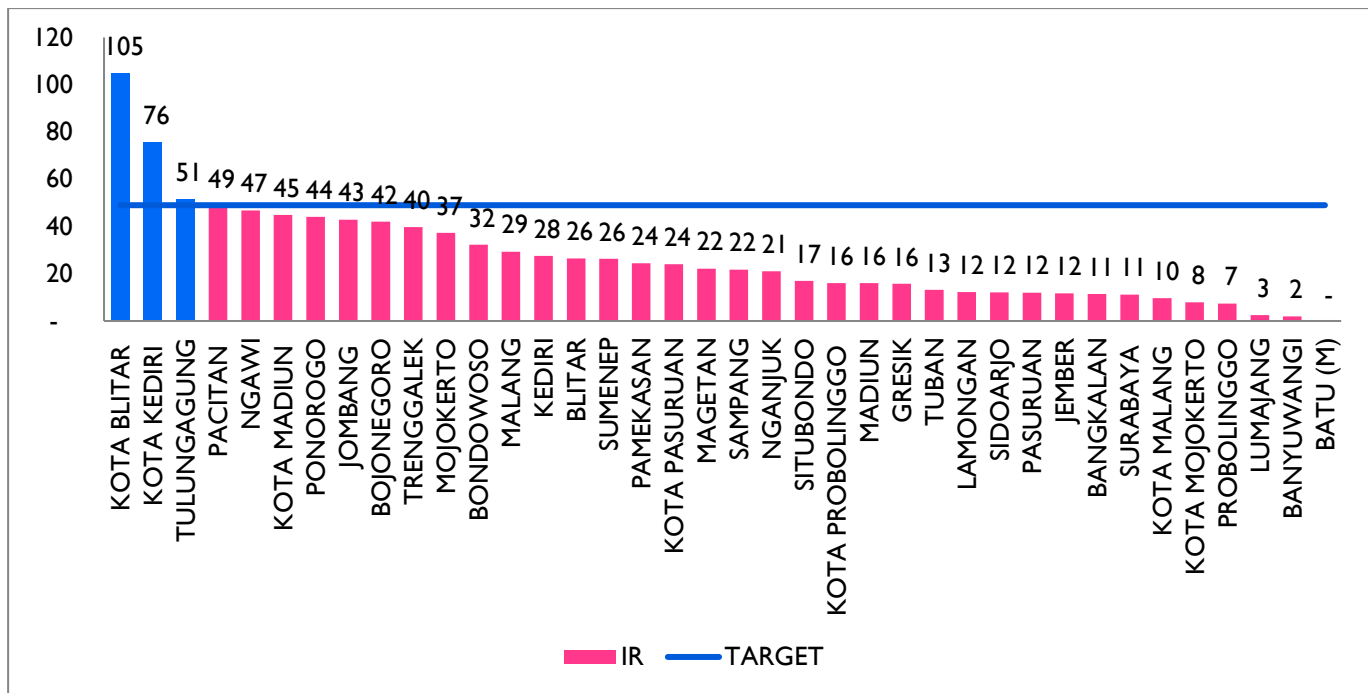


Sumber : Seksi P2 DBD Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.3 tren Incidence Rate (IR) DBD Provinsi Jawa Timur tahun 2016- 2018

Gambar 4.3 menunjukkan Insiden rate (*Incidence Rate*) atau Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Jawa Timur pada tahun 2016 sebesar 61.9 per 100.000 penduduk, mengalami penurunan tahun 2017 yakni 19.9 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2016 masih belum mencapai target indikator namun pada tahun 2017 angka tersebut sudah mncapai target nasional  $\leq 49$  per 100.000 penduduk. Namun dilihat dari angka kesakitan DBD tahun 2018, di beberapa kabupaten/kota terjadi peningkatan jumlah penderita DBD dibandingkan sebelumnya.

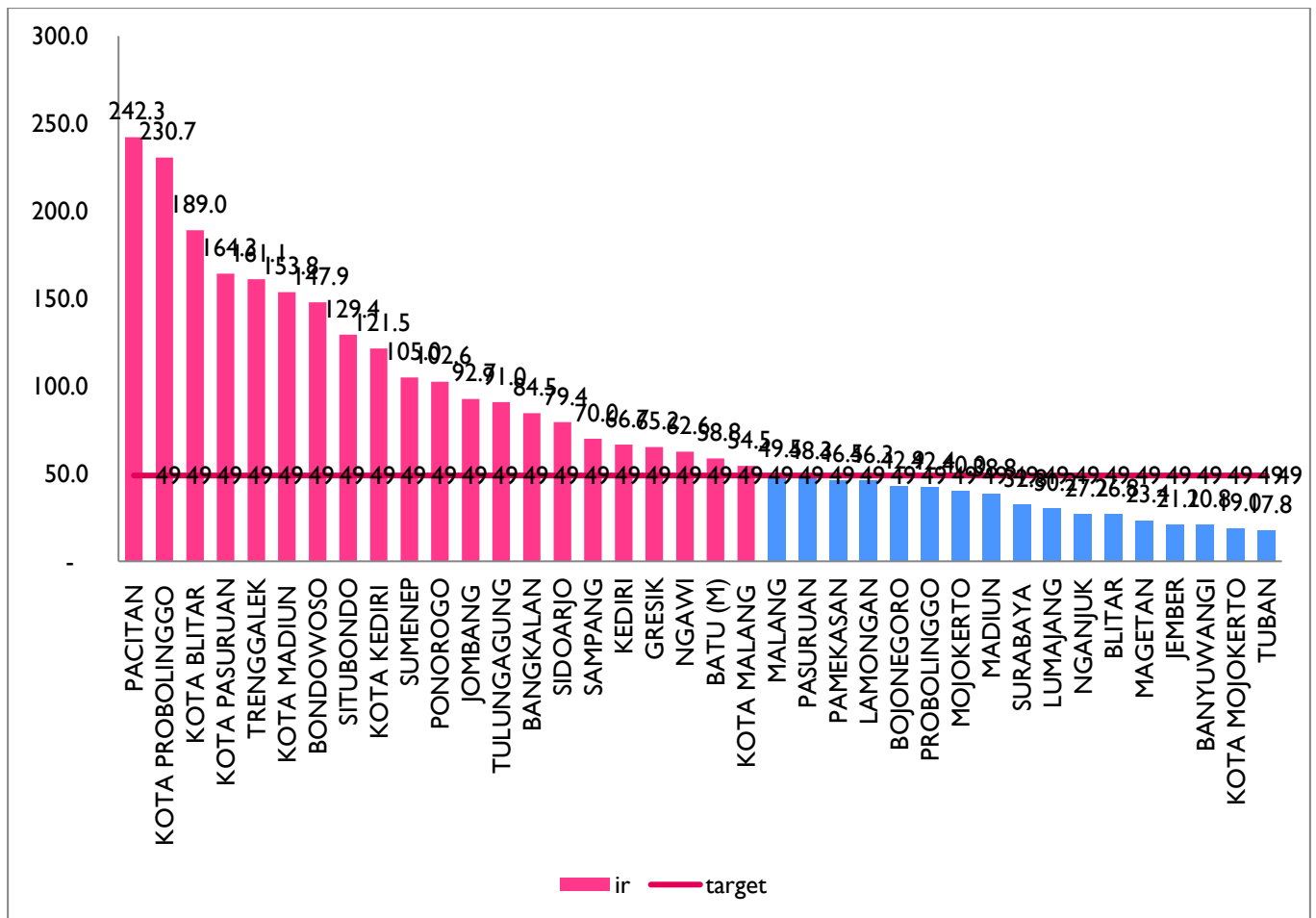




Sumber: P2 DBD Dinas Kesehatan Jawa Timur

Gambar 4.4 Insiden Rate DBD berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur Tahun 2018

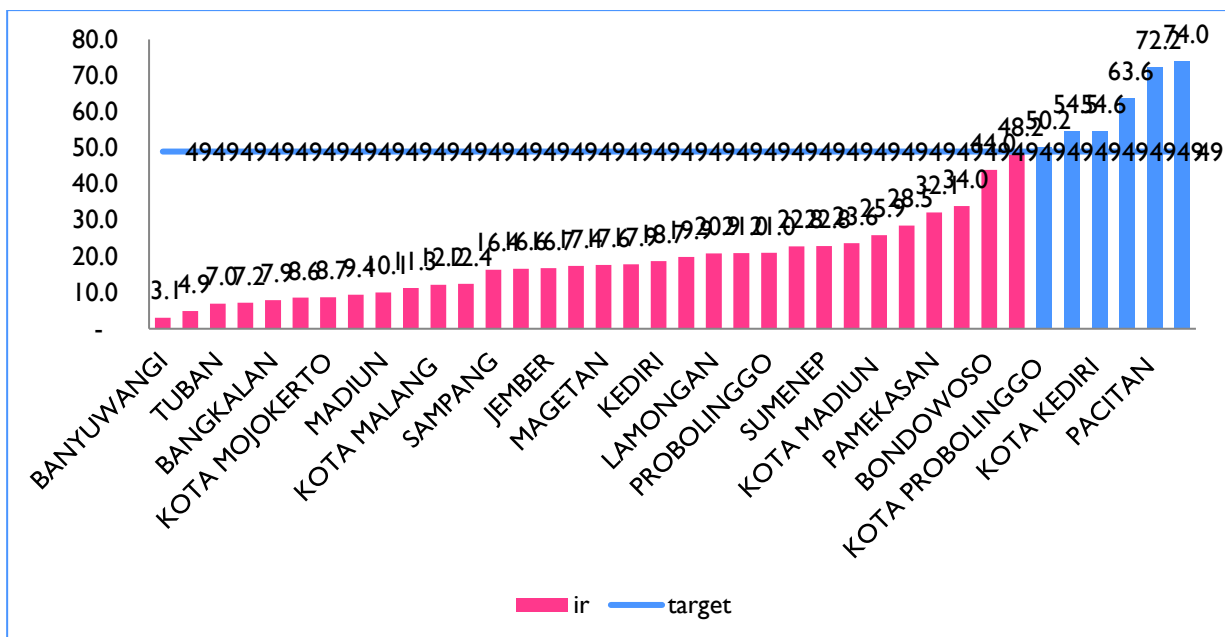
Angka kesakita DBD menunjukkan angka proporsi kasus/kejadian (baru) penyakit DBD dalam suatu populasi. Angka kesakitan/IR merupakan jumlah orang yang menderita penyakit DBD dibagi jumlah total populasi dalam kurun waktu tertentu dikalikan konstanta. Pada program pengendalian dan pencegahan DBD terdapat indikator yang harus dicapai yaitu persentase kabupaten/kota yang mencapai angka kesakitan DBD kurang dari atau samadengan 49 per 100.000 penduduk. Provinsi Jawa Timur dari tahun 2016 angka kesakitan sebesar 61.9% sedangkan tahun 2017 sebesar 19.9%.



Sumber: P2 DBD Dinas Kesehatan Jawa Timur

Gambar 4.5 Insiden Rate DBD berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur Tahun 2016

Berdasarkan tersebut tahun 2016 yang sudah mencapai target mengalami penurunan pada tahun 2017 yang sangat jauh dari target indikator. Walaupun demikian pada tahun 2016 provinsi Jawa Timur sudah mencapai target namun terdapat 22 kabupaten/kota yang belum mencapai target indikator. 22 kabupaten/kota tersebut meliputi Gresik, Sumenep, Sampang, Bangkalan, Lamongan, Sidoarjo, Jombang, Kediri, Ngawi, Ponorogo, Kab. Probolinggo, Tulungagung, Trenggalek, Malang, Kota Malang, Situbondo, Bondowoso, Kota Batu, Kota Blitar, Kota Pasuruan, Kota Madiun. Angka Kesakitan tertinggi pada kabupaten Pacitan yaitu 242.3 per 100.000 penduduk.

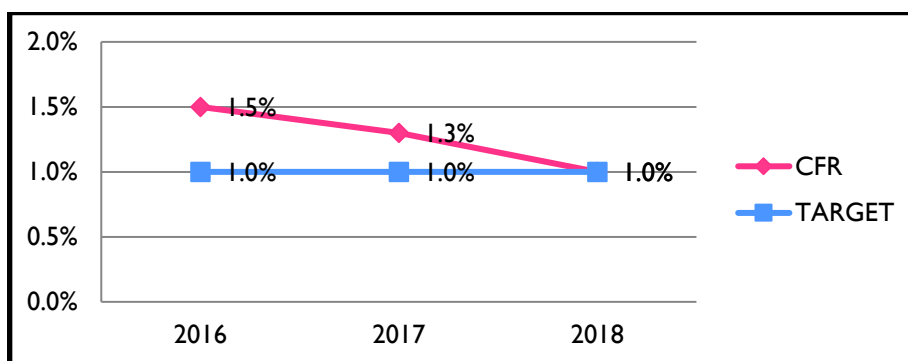


Sumber: P2 DBD Dinas Kesehatan Jawa Timur

Gambar 4.6 Insiden Rate DBD berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur Tahun 2017

Pada tahun 2017 terdapat 6 kabupaten/kota yang belum mencapai target meliputi Pacitan, Trenggalek, Kota Blitar, Kota Kediri, Kota Pasuruan, Kota Probolinggo. Angka Kesakita Tertinggi pada Kota Blitar yaitu 74.04 per 100.000 penduduk.

**b. Angka kematian (CFR) akibat DBD di provinsi Jawa Timur**

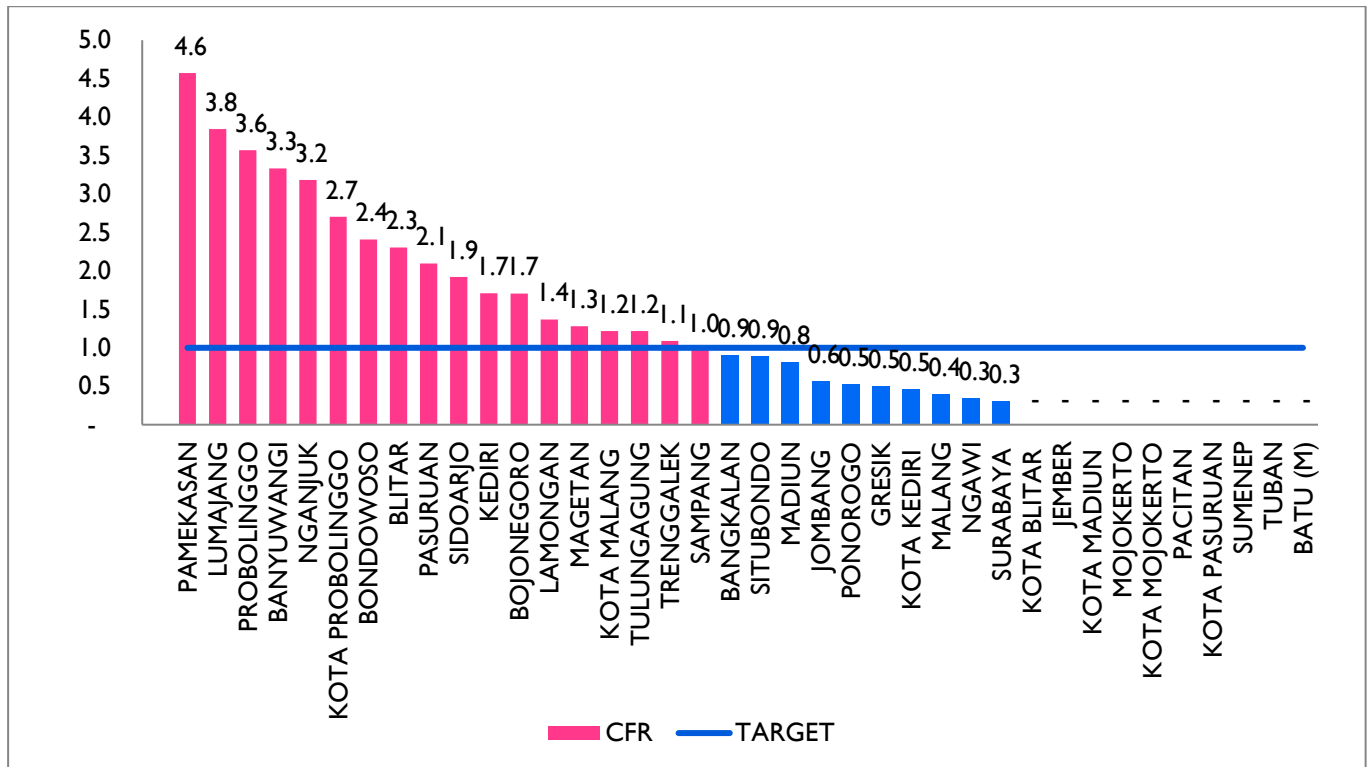


Sumber: Seksi P2 DBD, Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.7 Tren Angka Kematian/CFRDBD Provinsi Jawa Timur tahun2016- 2018

Angka kematian atau *Case Fatality Rate* (CFR) DBD tahun 2016 sebesar 1.5% tahun 2017 sebesar 1.3% dan tahun 2018 sebesar 1% , hal tersebut menunjukkan DBD di Jawa Timur diatas target < 1%. Di Jawa Timur, gerakan Satu Rumah Satu Jumantik untuk mendukung kemandirian masyarakat dalam pencegahan penularan DBD dicanangkan oleh Gubernur Jawa Timur pada bulan Desember 2015, bertepatan dengan peringatan Hari

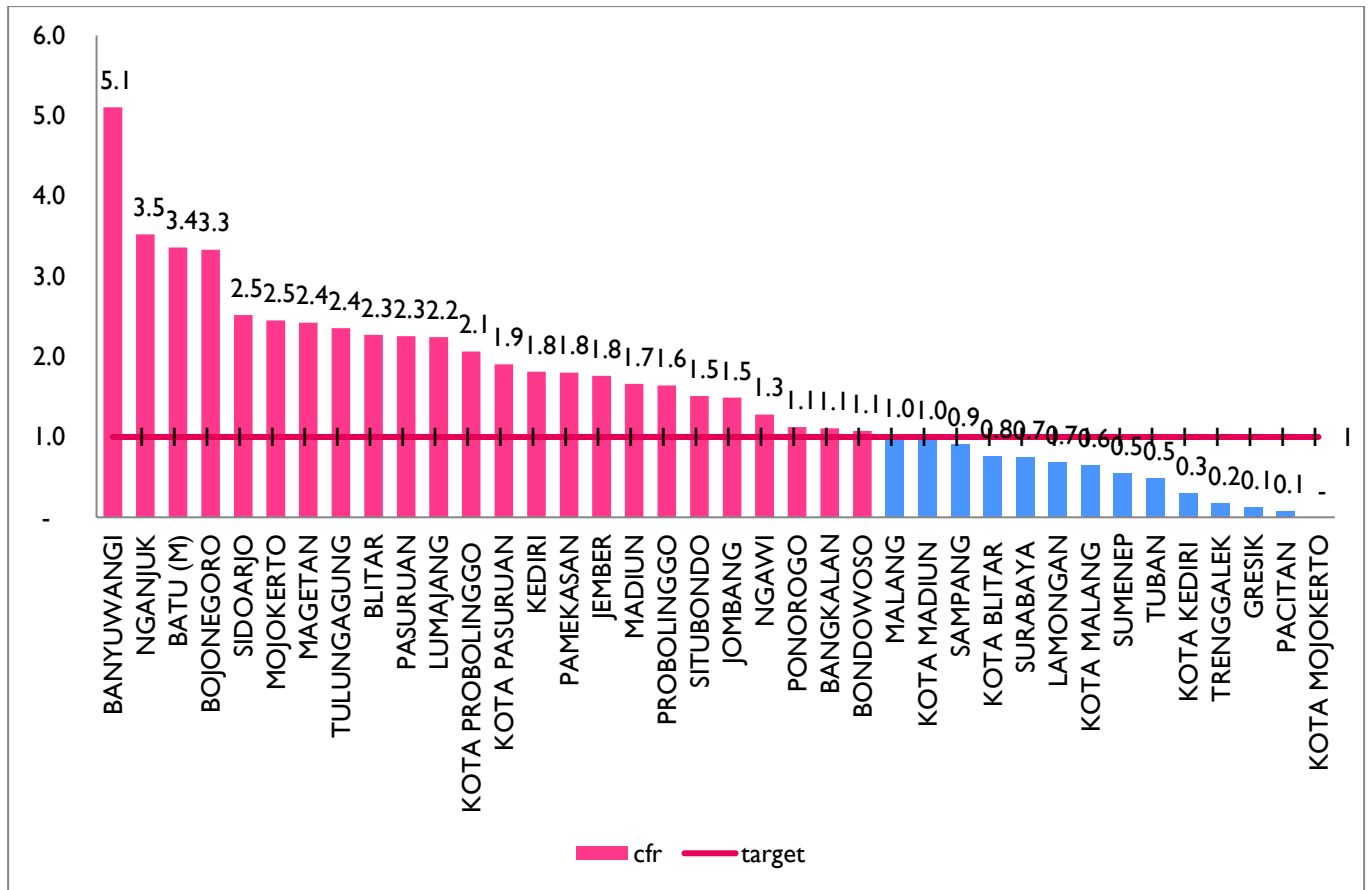
Kesehatan Nasional. Dengan demikian diharapkan keterlibatan semua pihak dan komitmen lintas sektor dalam penanggulangan DBD di Jawa Timur dapat terintegrasi.



Sumber : seksi P2 DBD Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.8 Angka kematian DBD di Jawa Timur berdasarkan kabupaten/kota tahun 2018

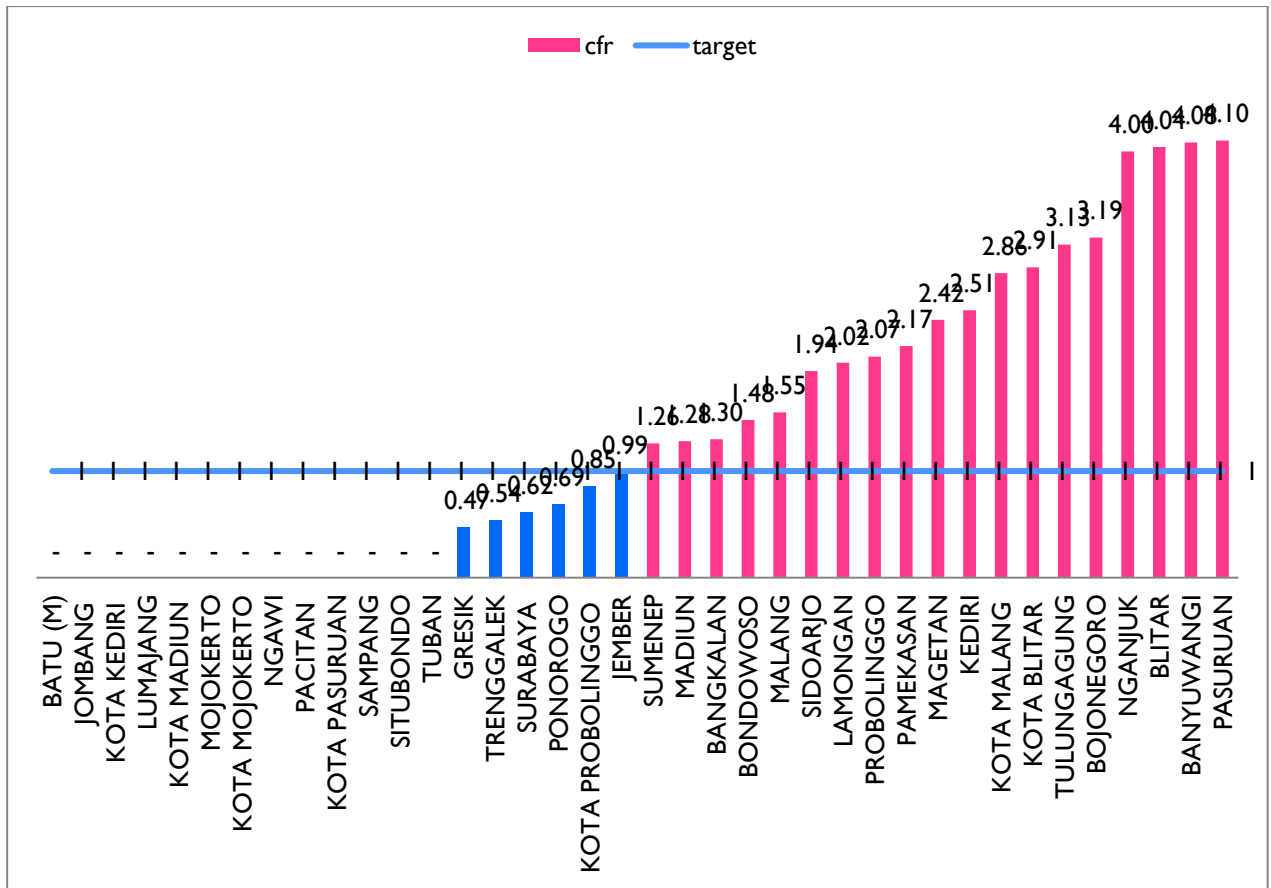
Angka Kematian/CFR DBD adalah presentase kematian yang diakibatkan dari penyakit DBD dalam kurun waktu tertentu. Program pengendalian dan pencegahan DBD terdapat indikator yang harus dicapai yaitu menurunkan angka kematian akibat DBD menjadi kurang dari 1%. Provinsi Jawa Timur dari tahun 2016 sampai 2018 masih belum mencapai indikator tersebut. Pada tahun 2016 sebesar 1.5% sedangkan tahun 2017 sebesar 1.3%.



Sumber : seksi P2 DBD Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.9 Angka kematian DBD di Jawa Timur berdasarkan kabupaten/kota tahun 2016

Pada tahun 2016 kabupaten/kota yang memiliki angka CFR diatas 1% atau tidak menpcahai indikator sebanyak 24 kabupaten/kota meliputi Banyuwangi, Nganjuk, Kota Batu, Bojonegoro, Sidoarjo, Mojokerto, Magetan, Tulungagung, Blitar, Pasuruan, Lumajang, Kota Probolinggo, Kota Pasuruan, Kediri, Pamekasan, Jember, Probolinggo, Situbondo, Jombang, Ngawi, Ponorogo, Bangkalan dan Bondowoso. Kabupaten dengan CFR tertinggi adalah kabupaten Banyuwangi sebesar 5.1% .

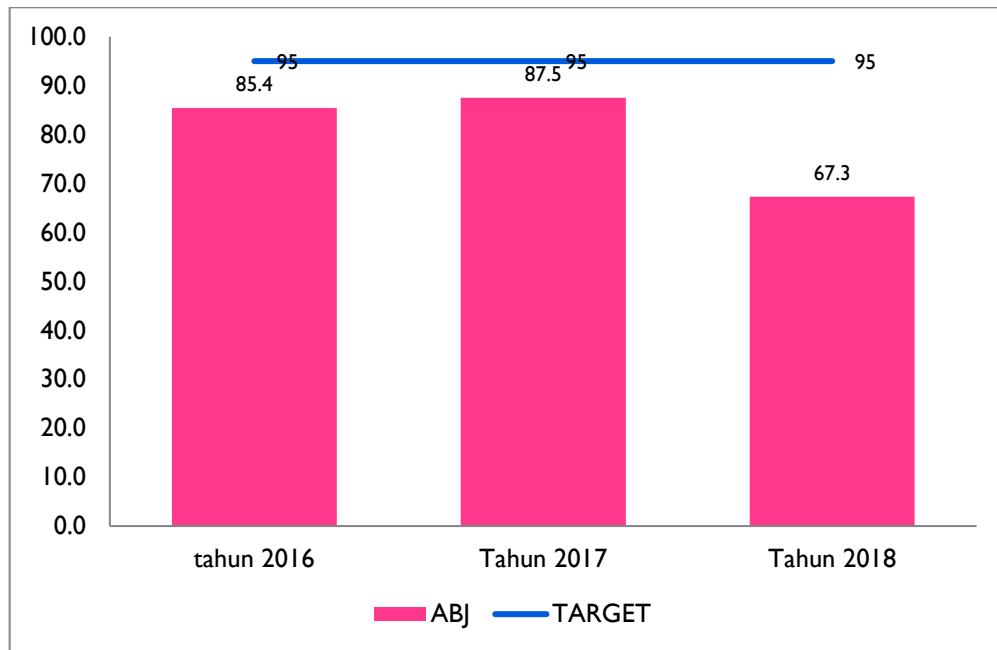


Sumber : seksi P2 DBD Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.10 Angka kematian DBD di Jawa Timur berdasarkan kabupaten/kota tahun 2017

Pada tahun 2017 kabupaten/kota yang memiliki angka CFR diatas 1% atau tidak menpcaai indikator sebanyak 19 kabupaten/kota meliputi Pasuruan, Banyuwangi, Blitar, Nganjuk, Bojonegoro, Tulungagung, Kota Blitar, Kota Malang, Kediri, Magetan, Pamekasan, Probolinggo, Lamongan, Sidoarjo, Malang, Bondowoso, Bangkalan, Madiun dan Sumenep. Kabupaten dengan CFR tertinggi adalah kabupaten Pasuruan sebesar 4.10%

**c. Angka bebas jentik (ABJ) di provinsi jawa timur Tahun 2016-2018**



Sumber : seksi P2 DBD Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.11 Angka Bebas Jentik (ABJ) di Provinsi Jawa Timur tahun 2016-2018

Target Angka Bebas Jentik sebesar 95 persen, sedangkan realisasinya pada tahun 2016, 2017 dan 2018 yang masing-masing adalah 82.9% , 87.4% dan 67.3%. Provinsi Jawa Timur yang merupakan daerah endemis DBD artinya setiap tahun selalu terjadi kasus DBD. Rendahnya angka tersebut menunjukkan kurang berjalannya PSN 3M Plus. Meskipun banyak faktor yang mempengaruhi kejadian DBD tidak menutup kemungkinan rendahnya angka bebas jentik yang rendah menjadi salah satu faktor terjadinya kasus DBD. Diharapkan petugas jumentik lebih giat lagi dalam pemantauan program gerakan 1 rumah 1 jumentik.

Angka Bebas Jentik adalah presentase jumlah rumah/bangunan yang tidak terdapat jentik. Program pengendalian dan pencegahan DBD terdapat indikator yang harus dicapai yaitu mengendalikan populasi vektor sehingga angka bebas jentik diatas atau sama dengan 95%. Provinsi Jawa Timur dari tahun 2016 sampai 2018 masih belum mencapai indikator tersebut. Pada tahun 2016 sebesar 85.4% sedangkan tahun 2017 sebesar 87.4%.

Pada tahun 2016 kabupaten/kota di provinsi Jawa Timur yang belum mencapai target indikator sebanyak 36 kabupaten/kota meliputi Bangkalan, Banyuwangi, Kota Batu, Blitar, Bojonegoro, Bondowoso, Gresik, Jember, Jombang, Kediri, Kota Blitar, Kota Kediri, Kota Madiun, Kota Mojokerto, Kota Pasuruan, Kota Probolinggo, Lamongan, Lumajang, Madiun, Malang, Mojokerto, Nganjuk, Ngawi, Pacitan, Pamekasan, Pasuruan, Ponorogo, Probolinggo,

Sampang, Sidoarjo, Situbondo, Sumenep, Surabaya, Trenggalek, Tuban dan Tulungagung. Angka Bebas Jentik terendah adalah kabupaten Pasuruan yaitu sebesar 70.5%. Sedangkan yang sudah mencapai target terdapat 2 Kabupaten/kota yaitu kota Malang dan Magetan.

Pada tahun 2017 kabupaten/kota di provinsi Jawa Timur yang belum mencapai target indikator sebanyak 34 kabupaten/kota meliputi Bangkalan, Banyuwangi, Blitar, kota Blitar, Bojonegoro, Bondowoso, Gresik, Jember, Jombang, Kediri, kota Kediri, Lamongan, Lumajang, Madiun, kota Madiun, Magetan, Malang, kota Malang, Mojokerto, Nganjuk, Ngawi, Pacitan, Pamekasan, Pasuruan, kota Pasuruan, Ponorogo, kota Probolinggo, Sampang Sidoarjo, Situbondo, Sumenep, Surabaya, Trenggalek, Tuban dan Tulungagung. Angka Bebas Jentik terendah adalah kabupaten Kediri yaitu sebesar 78.1%. Sedangkan yang sudah mencapai target terdapat 4 Kabupaten/kota yaitu kota Blitar, kota Kediri, kota Mojokerto dan Probolinggo.

Angka Bebas Jentik memanglah bukan faktor utama yang menunjukkan tidak adanya kasus, namun angka bebas jentik penting dikarenakan sebagai indikator berjalannya program PSN 3M Plus dan bentuk pengendalian vektor. Hal ini dibuktikan terdapat beberapa kabupaten/kota yang telah mencapat target indikator namun angka kesakitan dan angka kematian tidak mencapai target. Ini membuktikan bahwa banyak faktor yang menyebabkan kejadian Demam Berdarah Dengue.

Berikut adalah pencapaian indikator program pengendalian DBD:

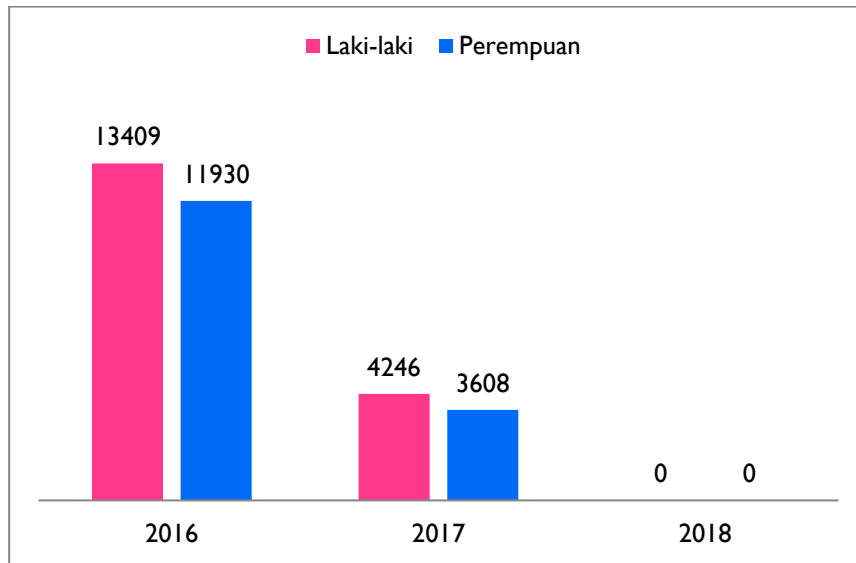
Tabel 4.1 Pencapaian Indikator Pengendalian DBD Tahun 2016-2018 Jawa Timur

No.	Indikator	Target	Pencapaian Tahun 2016	Pencapaian Tahun 2017	Pencapaian Tahun 2018
1.	Angka Kesakitan/Incidence Rate (IR) DBD	$\leq 49$ per 100.000 penduduk	61.9	19.9	22.63
2.	Angka kematian akibat DBD (CFR)	$< 1\%$	1.455%	1.337%	1.03%
3.	Angka Bebas Jentik (ABJ)	$\geq 95\%$	85.42%	87.49%	67.33%



#### 4.1.3 Distribusi Demam Berdarah Dengue Menurut Orang, Tempat dan Waktu

##### 1) Distribusi Penyakit DBD berdasarkan Variabel Orang

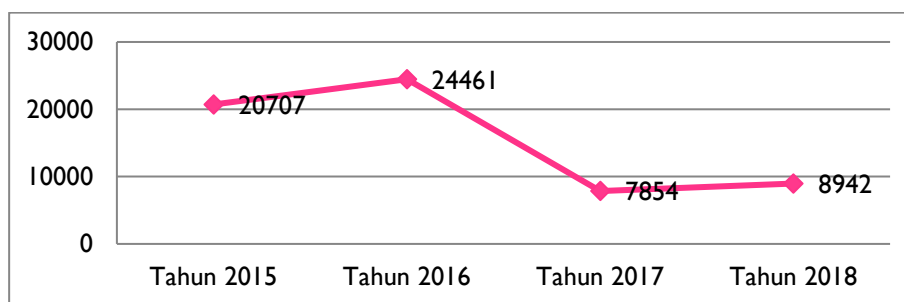


Sumber : seksi P2 DBD Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.12 kejadian DBD berdasarkan Jenis kelamin di Provinsi Jawa Timur

Penderita DBD di Provinsi Jawa Timur didapatkan lebih sering atau banyak terjadi pada laki-laki. Namun jumlah penderita DBD perempuan tidak lebih sedikit yang artinya jumlah penderita DBD perempuan hampir menyamai jumlah penderita laki-laki. Pada tahun 2016 jumlah penderita laki-laki sebanyak 13409 orang sedangkan penderita DBD perempuan sebanyak 11930 orang. Pada tahun 2017 jumlah kasus DBD penderita laki-laki sebanyak 4246 orang sedangkan penderita DBD perempuan adalah 3608 orang.

##### 2) Distribusi Penyakit DBD berdasarkan Variabel Waktu

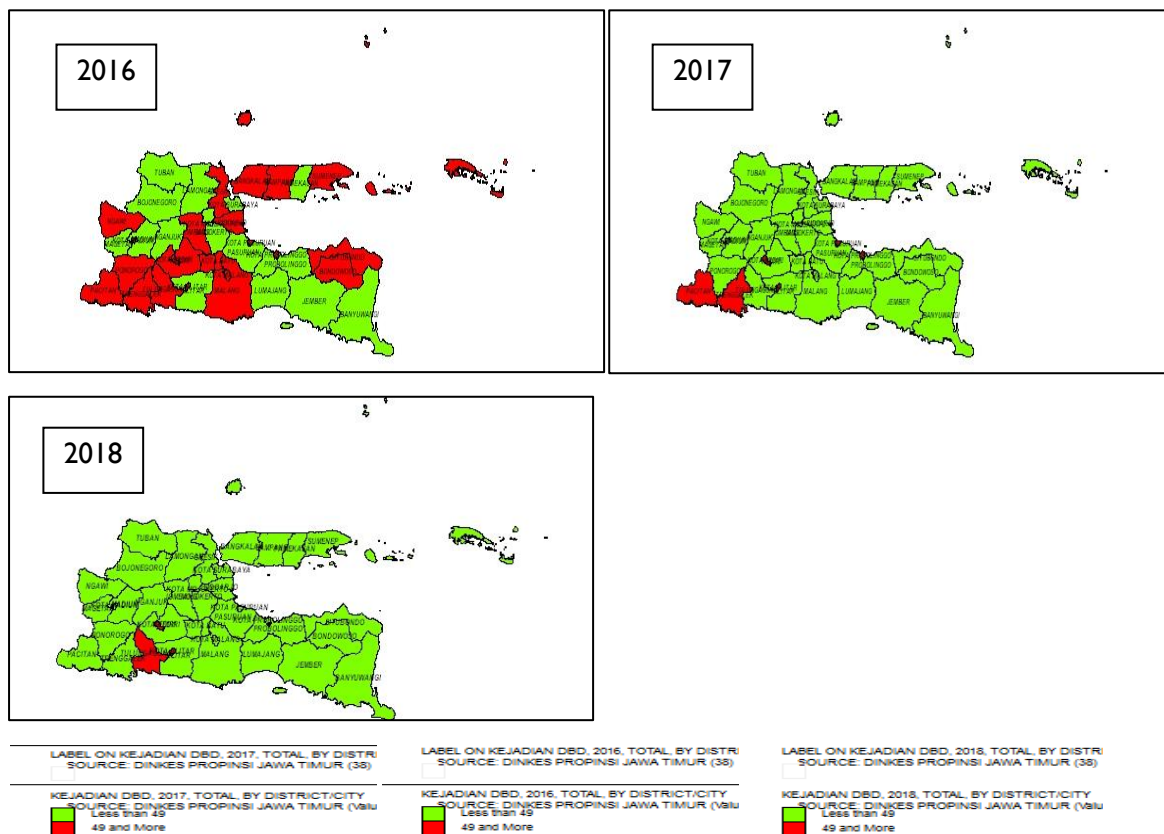


Sumber: Seksi P2 DBD, Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.13 Kasus DBD berdasarkan variabel waktu Provinsi Jawa Timur tahun 2015- 2018

Kejadian DBD di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2015 sebanyak 20707 kasus yang meningkat pada tahun 2016 menjadi 24461 kasus dan menurun cukup drastis pada tahun 2017 yaitu 7854 kasus namun terjadi peningkatan kasus pada tahun 2018 menjadi 8942 kasus.

### 3) Distribusi Penyakit DBD berdasarkan Tempat



Sumber : Seksi P2 DBD, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur  
 Gambar 4.14 Peta Insidens Kasus DBD berdasarkan tempat di provinsi Jawa Timur tahun 2016-2018

Gambar 4.14 Peta insiden DBD di Jawa Timur tahun 2016 dan 2017 berdasarkan variabel tempat menyatakan bahwa peta tersebut mempunyai perubahan warna pada setiap tahunnya. Pada tahun masih banyak kabupaten/kota yang masih belum mencapai target yaitu sebanyak 22 kabupateen/kota, sedangkan pada tahun 2017 mengalami penurunan kasus, hanya terdapat 6 kabupaten/kotayang tidak mencapai target.

#### 4.1.4 Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah, dan Alternatif Solusi

##### A. Identifikasi Masalah

Penanggulangan DBD di Indoensia sangat membutuhkan kerja sama semua pihak, terutama semua elemen dari para *stakeholder* dan masyarakat. Kurangnya dukungan dan komitmen dari *stakeholder* serta keterlibatan masyarakat dalam upaya pencegahan dan pengendalian DBD dapat menjadi masalah. Hal ini dikarenakan segala upaya untuk membangun komitmen yang kuat di masyarakat perlu dukungan semua pihak. Pengetahuan, kesadaran akan pentingnya kasus

DBD, dan perilaku masyarakat mengenai faktor yang mempengaruhi penyakit DBD harus selalu ditingkatkan melalui kegiatan sosialisasi maupun pembedayaan di masyarakat.

Gerakan PSN dengan metode 3M Plus sangat memerlukan partisipasi seluruh lapisan masyarakat, karena tempat-tempat yang berpotensi untuk menjadi habitat perkembangan nyamuk penular DBD ini biasanya ditemukan di lingkungan pemukiman penduduk baik di dalam maupun di sekitar rumah. Implementasi strategi PSN 3M Plus melalui Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik merupakan salah satu upaya penting dalam penanggulangan DBD di Indonesia. Peran keluarga sangat penting dalam keberhasilan suatu metode ini sehingga perlu dilakukan peningkatan pemantauan, pemeriksaan, dan pemberantasan jentik. Mengingat terdapat 2 faktor penting yang mempengaruhi penyakit DBD yakni berkaitan dengan perilaku vektor dan manusia. Oleh karena itu, untuk mengendalikan vektor diharapkan perilaku manusia bisa mendukung dengan menjaga perilaku dalam upaya pengendalian perilaku nyamuk yaitu dengan optimal melaksanakan PSN 3M Plus. Latar belakang masyarakat sangat mempengaruhi optimalisasi pelaksanaan PSN 3M plus yang meliputi kebiasaan, pengetahuan, pekerjaan dan kesadaran daro masyarakat.

Mengingat obat dan untuk mencegah virus Dengue hingga saat ini belum tersedia, maka cara utama yang dapat dilakukan sampai saat ini adalah pengendalian vektor penular (*Aedes Aegypti*). Pelaksanaan PSN 3M Plus yaitu menguras, menutup tempat penampungan air dan mendaur ulang/ memanfaatkan kembali barang-barang bekas serta ditambah menaburkan larvasida pembasmi jentik, memelihara ikan pemakan jentik, mengganti air dalam pot/vas bunga dan lain-lain untuk meningkatkan keberhasilan pengendalian DBD dan mencegah terjadinya peningkatan kasus atau KLB penting dalam keterlibatan lintas program/sector. Dan aktifnya jumantik (Juru Pemantau Jentik) dalam melakukan pengawasan dan penyuluhan kepada masyarakat. Serta penyelenggaraan foging atau pengasapan untuk pembasmian nyamuk dewasa yang sesuai dengan prosedur untuk hasil yang optimal. Pelaksanaan PSN 3M Plus dikatakan berhasil apabila semua indikator mencapai target yakni Angka kesakitan DBD kurang dari atau sama dengan 49 per 100.000 penduduk, angka kematian akibat DBD menjadi kurang dari 1%, dan angka bebas jentik diatas atau sama dengan 95%.

Pelaksanaan PSN 3M Plus didukung oleh adanya pedoman pencegahan dan pengendalian DBD, petunjuk teknis implementasi PSN 3M Plus, buku saku pencegahan dan pengendalian DBD, serta leaflet terkait bergerak bersama cegah DBD melalui gerakan 1 rumah 1 jumatik. Petugas kesehatan diharapkan tepat waktu dalam pelaporan kasus sehingga dapat segera dianalisis dalam tindak lanjut. Namun, pada program DBD belum adanya software dalam pencatatan pelaporan kasus DBD.

Permintaan logistik dari kabupaten/kota meningkat. Namun Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tidak bisa memenuhi sesuai permintaan. Dikarenakan kebutuhan logistik secara kesuluruhan dikendalikan oleh Kementerian Kesehatan RI. Sehingga Dinas Kesehatan melakukan permohonan agar dikirimkan kembali.

Identifikasi masalah dilakukan melalui kegiatan *indept interview* yang dilakukan kepada pengolah program DBD. Adapun hasil dari *indept interview* tersebut bahwa Identifikasi masalah merupakan tindakan yang diperlukan untuk mengetahui inti dari problem atau persoalan, penyebab permasalahan, sekaligus solusi yang tepat untuk memperbaiki atau menyelesaikan permasalahan tersebut. Identifikasi masalah dilakukan pada studi dokumen program pencegahan dan pengendalian penyakit DBD pada tahun 2018, Selain identifikasi masalah melalui studi dokumen juga dengan cara *indepth interview* dengan pemegang program yang terkait dengan program DBD. didapatkan 3 masalah utama yang menjadis, antara lain:

- a. Pelaporan kasus yang tidak tepat waktu pada sebagian kabupaten/kota.
- b. Implementasi PSN 3M Plus di beberapa kabupaten/kota belum optimal.
- c. Stock logistik dipenuhi dari kementerian Kesehatan RI.

## **B. Prioritas Masalah**

DBD di Jawa Timur cenderung meningkat terkait dengan kepadatan penduduk, mobilitas penduduk, urbanisasi, pertumbuhan ekonomi, perilaku masyarakat dan ketersediaan air bersih. Masih tingginya angka kesakitan dan kematian DBD menunjukkan bahwa masih perlu peningkatan diagosa dini dan tata laksana kasus DBD yang adekuat di fasilitas kesehatan.

Penentuan prioritas masalah dilakukan setelah menemukan beberapa masalah utama. Berikut ini adalah tabel mengenai prioritas masalah pada program P2 DBD Jawa Timur tahun 2018. Setelah diketahui terdapat 3 masalah utama pada

program P2 DBD Dinas Kesehatan Jawa Timur, maka dilakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode CARL. Penentuan prioritas dengan menggunakan metode CARL dilakukan dengan pengisian form prioritas masalah pada pengelola program P2 DBd di Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur. Adapun hasil dari penentuan prioritas masalah tersebut adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode CARL

No.	Masalah	C				A				R				L				Total	Rank
1.	Implementasi PSN 3M Plus di beberapa kabupaten/kota di provinsi Jawa Timur belum optimal.	4	3	4	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	3	5	3	82.688	1
2.	Pelaporan kasus yang tidak tepat waktu pada sebagian kabupaten/kota.	5	3	5	4	5	3	5	4	3	3	3	5	3	3	3	3	48.552	3
3.	Keterbatasan anggaran sehingga <i>Stock</i> logistik dipenuhi dari kementerian Kesehatan RI.	3	4	3	4	3	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	50.400	2

Berdasarkan hasil perhitungan CARL, diperoleh prioritas masalah yaitu Implementasi PSN 3M Plus di beberapa kabupaten/kota belum optimal. Hal ini ditunjukkan dengan adanya indikator PSN 3M Plus yang belum mencapai target serta banyak faktor yang mempengaruhi masalah tersebut. Oleh karena itu, dilakukan analisis penyebab masalah dengan mencari akar penyebab masalah menggunakan metode *fishbone*.

### C. Penyebab Masalah

Berdasarkan prioritas masalah dapat dicari akar penyebab Implementasi PSN 3M Plus di beberapa kabupaten/kota belum optimal. Hal ini ditunjukkan dengan

adanya indikator PSN 3M Plus yang belum mencapai target. Identifikasi penyebab masalah menggunakan klasifikasi berdasarkan sumberdaya (*resources*) yaitu meliputi *Man, Money, Material, Methode, Market, Teknologi, dan Time*. Diagram *Fishbone* pada masalah terdapat beberapa kabupaten/kota dalam mengimplementasikan PSN 3M Plus belum optimal, sebagai berikut

1. Sumber Daya Manusia (*Man*)

Pada program P2 DBD terdapat 2 tenaga pemegang program P2 DBD. Pemegang Program tersebut sudah sesuai dengan kebutuhan yang memiliki keterampilan, pengetahuan dalam pelaksanaan program seperti pengumpulan data pengolahan data, perekapan data, surat masuk dan surat keluar dan bagian logistik. Pada masalah PSN 3M Plus yang menjadi penyebab adalah kurangnya komitmen dan dukungan dari pimpinan maupun stakeholder lintas program. Hal tersebut disebabkan oleh beban kerja tinggi, pimpinan masih belum memprioritaskan masalah tersebut, kurangnya adanya motivasi, kurangnya kesadaran dan pemahaman petugas kesehatan serta sosialisasi belum dilakukan secara menyeluruh.

2. Sumber Dana (*Money*)

Pada tahun 2018 sumber dana program P2 DBD berasal dari APBD yang digunakan untuk kegiatan yang menunjang program P2 DBD seperti pembinaan teknis, konsultasi kepada pusat, dan pertemuan/rapat kegiatan. Pencairan dana sesuai dengan *schedule* yang telah dibuat dan seluruh dana yang diberikan mencukupi untuk semua kegiatan program P2 DBD. Namun, terdapat kendala pada pengiriman larvasida dan insektisida yaitu tidak adanya biaya pengiriman dari pusat sedangkan pihak Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tidak menganggarkan dana tersebut. Hal ini menyebabkan pembatasan larvasida yang akan diberikan pada setiap Kabupaten/kota.

3. Metode Pelaksanaan (*Method*)

Pemegang program DBD menggunakan sarana dan prasarana yang telah disediakan. Melaksanakan supervisi ke kabupaten/kota, melakukan pembinaan teknis, memberikan sosialisasi, pengumpulan, pengolahan, dan analisis data serta diseminasi informasi kejadian DBD di 38 kabupaten/kota Provinsi Jawa Timur. Namun, dikarenakan keterbatasan anggaran terkait logistik program DBD meliputi larvasida, insektisida dan mesin foging dipenuhi oleh Kementerian

Kesehatan Republik Indonesia. Penyebab masalah PSN 3M Plus diantaranya kurangnya pengawasan/pemantauan pada program PSN 3M Plus, pelaporan yang kurang tepat waktu dan tidak lengkap dan akurasi pada pencatatan dan pelaporan yang tidak sesuai.

4. Sarana dan Prasarana (*Material*)

Sarana dan prasarana yang menunjang kegiatan program P2 DBD sudah memadai diantaranya terdapat komputer, software dan akses internet wifi untuk proses pengolahan data. Perlengkapan logistik seperti larvasida. Insektisida dan mesin pengasapan disediakan oleh pusat. Selanjutnya juga tersedia mobil transportasi.

5. Sasaran (*Market*)

Berdasarkan indikator pengendalian DBD maka digerakkan program PSN 3M Plus melalui 1 rumah 1 jumantik. Pada tingkat provinsi yang menjadi sasaran program tersebut adalah seluruh lapisan masyarakat di Jawa Timur, tingkat Kabupaten/Kota sasarannya meliputi Puskesmas dan Masyarakat di wilayah tersebut sedangkan untuk tingkat Puskesmas meliputi pasien DBD dan masyarakat termasuk lintas program/sector yaitu posyandu, Ketua RT, Lurah, Bupati dan sebagainya. Kurangnya kesadaran dari masyarakat dalam melakukan PSN 3M Plus melalui gerakan 1 rumah 1 jumantik. Penyebab masalah PSN 3M Plus diantaranya kurangnya akses informasi yang diperoleh oleh masyarakat, kurangnya kesadaran masyarakat tentang penting dan manfaat melaksanakan PSN 3M Plus secara BMST (Bermutu, Massal, Serempak dan Terjadwal) serta kurangnya pengetahuan masyarakat dikarenakan sosialisasi yang belum menyeluruh pada semua lapisan masyarakat, persepsi masyarakat bahwa fogging lebih utama dibandingkan PSN 3M Plus.

6. Ketepatan waktu (*Time*)

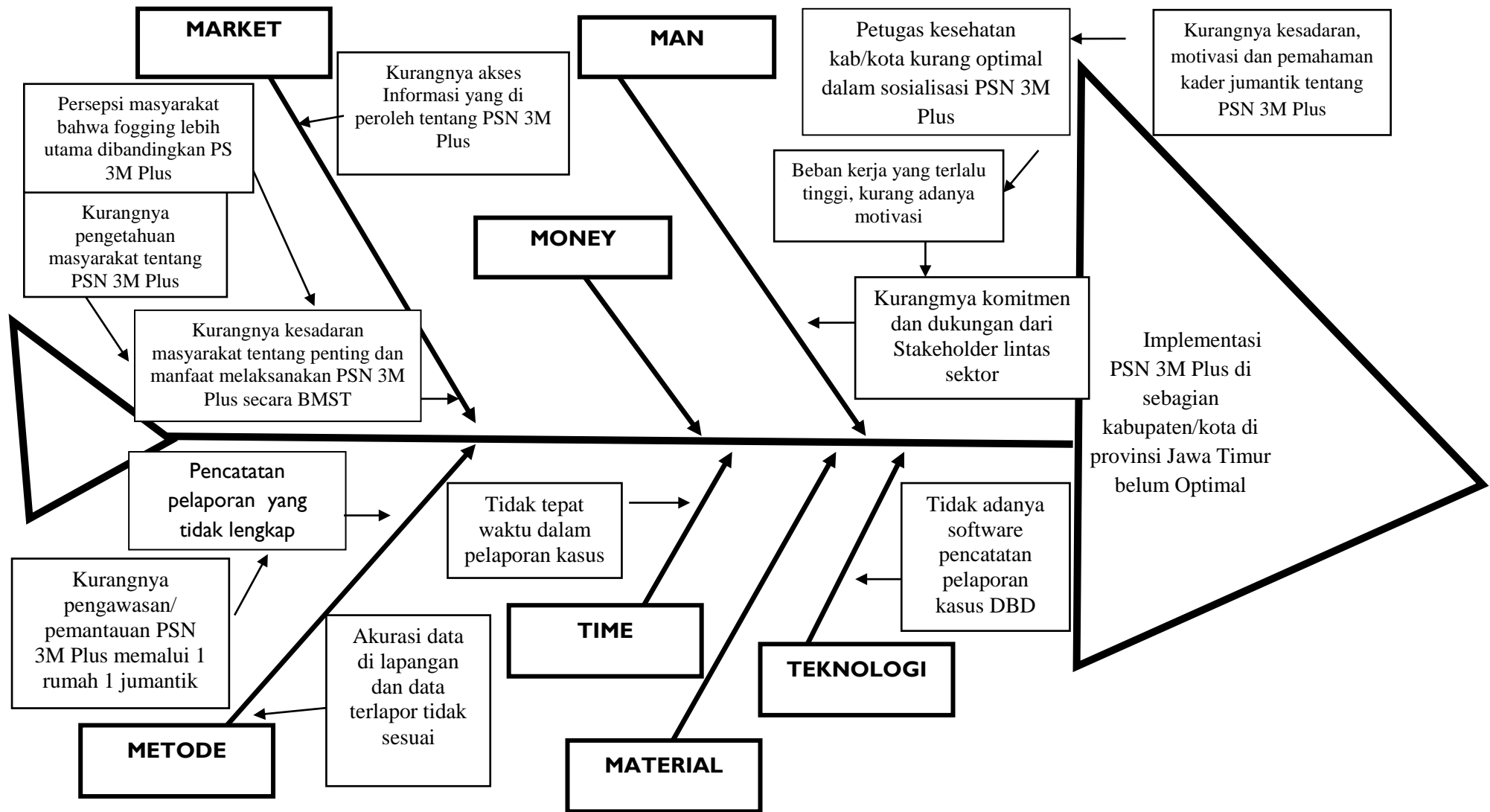
Berdasarkan hasil indept interview di ketahui bahwa pada tahun 2019 ini kendala yang di alami yaitu kurang tepat waktu pelaporan kasus DBD dari Dinas Kesehatan Kabupaten/kota . Faktor yang mempengaruhi salah satunya adalah masih terdapat pemegang program DBD dalam melaporkan rekap data kasus DBD, format pelaporan yang masih tidak sama sesuai kesepakatan meskipun pada akhirnya akan di revisi. Pemegang program DBD di Kabupaten/kota sedang sibuk turun lapangan dan terdapat beberapa yang memiliki *double* program.

Penyebab masalah dari masalah PSN 3M Plus adalah tidak tepat waktu dalam pelaporan.

7. Sistem Informasi yang digunakan (*Technology*)

Pada program pengendalian DBD belum ada software dari pusat, sehingga dalam pengumpulan data, pengolahan, analisis data, dan diseminasi informasi masih secara manual.





Gambar 4.15 Diagram *fishbone* analisis penyebab masalah

#### **D. Alternatif Solusi**

Setelah dilakukan analisis penyebab masalah menggunakan diagram tulang ikan (*fishbone*) sebelumnya, maka didapatkan beberapa akar penyebab masalah dari Implementasi PSN 3M Plus di beberapa kabupaten/kota belum optimal. Selanjutnya dilakukan penetapan beberapa alternative solusi untuk menyelesaikan akar penyebab masalah tersebut. Adapun alternatif solusinya adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kerjasama dengan lintas sektor sebagai bentuk dukungan dan komitmen terhadap pentingnya PSN 3M Plus

Gerakan PSN dengan metode 3M Plus sangat memerlukan partisipasi seluruh lapisan masyarakat, karena tempat-tempat yang berpotensi untuk menjadi habitat perkembangan nyamuk penular DBD ini biasanya ditemukan di lingkungan pemukiman penduduk baik di dalam maupun di sekitar rumah. Pemerintah daerah memiliki kendali yang sangat penting untuk perubahan perilaku masyarakat. Apabila pemerintah daerah mendukung penuh dan memberikan arahan yang baik, motivasi kepada petugas kesehatan setempat serta dukunga yang kuat maka kemungkinan besar masyarakat bisa melaksanakan PSN 3M Plus secara BMST (Bermutu, Massal, Serempak dan Terjadwal)

2. Mengoptimalkan sosialisasi PSN 3M Plus 1 Rumah 1 Jumantik kepada seluruh lapisan masyarakat

Sosialisasi PSN 3M Plus sudah dilakukan namun belum menyeluruh pada semua lapisan masyarakat termasuk RT,RW,Lurah dan lintas sektor lainnya. Sehingga dengan pengoptimalan sosialisasi diharapkan dapat menambah pengetahuan dan pemahaman serta mengubah persepsi atau pandangan masyarakat bahwa pentingnya dilakukan PSN 3M Plus karena penyakit DBD ditularkan oleh vektor nyamuk sehingga hal yang bisa dilakukan adalah bisa merubah kebiasaan dan perilaku masyarakat untuk mengendalikan perkembangbiakan nyamuk dengan melakukan PSN 3M Plus. Plus diantaranya dengan memanipulasi lingkungan agar nyamuk tidak berkembangbiak seperti menambahkan ikan pemakan jentik di bak mandi, menanam tanaman yang tidak disukai nyamuk (serei, kemangi, lavender dll). Hal tersebut perlu diketahui karena ditekankan lagi bahwa fogging bukanlah solusi utama untuk memberantas penyakit DBD. Fogging hanya memberantas

nyamuk dewasa sedangkan pertumbuhan jentik menjadi nyamuk sangatlah cepat. Sehingga dengan adanya sosialisasi dapat menambah pengetahuan masyarakat dan merubah perilaku masyarakat.

3. Pemantauan rutin oleh kader jumatik terhadap pelaksanaan PSN 3M Plus  
PSN 3M Plus merupakan program yang harus dilakukan secara rutin dan terus menerus.

Hal ini dikarenakan berkaitan dengan pengendalian vektor penyebab penyakit DBD yaitu nyamuk. Proses perkembangan dari jentik menjadi nyamuk hanya membutuhkan waktu beberapa hari, apabila tidak dilakukan pemantau masyarakat mungkin akan malas untuk melakukan PSN 3M Plus melalui 1 rumah 1 Jumatik. Sehingga dengan rutin pemantauan dari kader jumatik pelaporan akan menjadi lebih realistis dan kejadian DBD menjadi berkurang.

4. Melakukan pembinaan teknis dalam upaya pengendalian peningkatan kasus DBD di Dinas Kesehatan Kabupaten/kota

Meningkatkan kinerja, kesadaran dan motivasi petugas kesehatan seoptimal mungkin karena selain masyarakat yang harus meningkatkan pengetahuan terkait pengendalian dan pencegahan DBD maka diadakan juga pembinaan teknis yang benar bagi petugas kesehatan untuk menambah pemahaman petugas kesehatan terkait pengendalian dan pencegahan DBD sehingga tidak adanya informasi yang salah atau kurang tepat setelah disampaikan kepada masyarakat luas.

5. Adanya software online pencatatan pelaporan program DBD dan pelaporan yang cepat

Pelaporan yang kurang tepat menimbulkan informasi yang simpang siur sehingga banyak memunculkan argumen atau isu yang tidak seharusnya sehingga menyebabkan terkendalanya atau terlambatnya dalam pengambilan keputusan. Di era perkembangan teknologi yang semakin maju diharapkan dengan adanya software online dapat membantu dalam ketepatan waktu pelaporan.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) di Jawa Timur pada tahun 2016 sebesar 61.9 per 100.000 penduduk, mengalami penurunan tahun 2017 yakni 19.9 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2016 masih belum mencapai target indikator namun pada tahun 2017 angka tersebut sudah mncapai target nasional  $\leq 49$  per 100.000 penduduk.
2. Angka kematian atau *Case Fatality Rate* (CFR) DBD tahun 2016sebesar 1,455% tahun 2017 sebesar 1.337% dan tahun 2018 sebesar 1,029% , hal tersebut menunjukkan DBD di Jawa Timur diatas target  $< 1\%$ .
3. Angka Bebas Jentik di Provinsi Jawa Timur tahun 2016, 2017 dan 2018 yang masing-masing adalah 82.9% , 87.4% dan 67.3%. .angka tersebut belum mencapai target indikator.
4. Prioritas masalah pada progam P2 DBD yaitu Implementasi PSN 3M Plus di beberapa kabupaten/kota belum optimal.
5. Rekomendasi alternatif solusi sebagai berikut:
  - a. Meningkatkan kerjasama dengan lintas sektor sebagai bentuk dukungan dan komitmen terhadap pentingnya PSN 3M Plus.
  - b. Mengoptimalkan sosialisasi PSN 3M Plus 1 Rumah 1 Jumantik kepada seluruh lapisan masyarakat.
  - c. Pemantauan rutin oleh kader jumantik terhadap pelaksanaan PSN 3M Plus secara BMST (Bermutu, Massal, Serempak dan Terjadwal).
  - d. Melakukan pembinaan teknis dalam upaya pengendalian peningkatan kasus DBD
  - e. Adanya software pencatatan pelaporan program DBD dan pelaporan yang cepat.

#### **5.2 Saran**

1. Supervisi yang dilakukan Dinas Kesehatan Provinsi dilakukan secara rutin dan optimal untuk melakukan evaluasi terhadap indikator pencapaian.
2. Melakukan pembinaan teknis kepada petugas kesehatan di kabupaten/kota secara optimal
3. Meningkatkan sosialisasi/kampanye tentang pencegahan dan pengendalian DBD kepada masyarakat sebagai upaya menghilangkan pemahaman fogging yang merupakan bukan solusi utama di masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Fakultas Kesehatan Masyarakat., 2018. Buku Panduan Magang Tahun 2018. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Surabaya
- Kemenkes, RI., 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes, RI., 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes, RI., 2018. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemenkes, R.I., 2017. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan, Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- Supriyanto, S., 2010. *Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan*. Surabaya: Airlangga Press.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. Surat Permohonan Izin Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS AIRLANGGA

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: [fkm@unair.ac.id](mailto:fkm@unair.ac.id)

Nomor : 8112/UN3.1.10/PPd/2018 30 Oktober 2018  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Hal : Permohonan izin magang

Yth. Kepala  
Dinas Kesehatan  
Provinsi Jawa Timur  
Jl. A. Yani No. 118  
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana (S1) Tahun Akademik 2018/2019, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, atas nama: (terlampir).

sebagai peserta magang pada instansi Saudara, selama minimal 3 (tiga) minggu.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan  
Wakil Dekan I,

Dr. Santi Martini, dr., M.Kes  
NIP. 196609271997022001

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Gizi Kesehatan, FKM UNAIR;
6. Ketua Departemen Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;
7. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
8. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
9. Yang bersangkutan.

## Lampiran 2. Catatan Harian dan Absensi Magang

### Lembar Catatan Kegiatan Harian dan Absensi Magang

Nama Mahasiswa : Dewi Putri Dayani

NIM : 101511133105

Tempat Magang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur-Seksi P2, DBD

<b>Hari &amp; Tanggal</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Paraf Pembimbing Instansi</b>
<b>Minggu ke-1</b>		
Rabu, 02 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perkenalan</li><li>- Mempelajari Pedoman Pencegahan dan Pengendalian DBD di Indonesia</li><li>- Mendapat materi dari Bapak Herry</li></ul>	
Kamis, 03 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mengikuti apel pagi</li><li>- Membantu ibu Avi membuat grafik data kasus dan kematian DBD kadinkes tahun 2015-2017</li><li>- Menganalisis CFR DBD tahun 2015-2017</li><li>- Mempelajari Pedoman Pencegahan dan Pengendalian DBD di Indonesia</li></ul>	
Jum'at, 04 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mendapat materi dari Bapak Herri</li><li>- Membantu ibu Avi merevisi grafik data kasus dan Kematian DBD kadinkes tahun 2015-2017 sampai diserahkan kepada plt Kapala Bidang P2P untuk ditandatangani.</li><li>- Mempelajari petunjuk teknis implementasi PSN 3M Plus dengan gerakan 1 rumah 1 jumantik</li></ul>	
<b>Minggu ke-2</b>		
Senin, 07 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mengikuti apel pagi</li><li>- Membantu Ibu Avi merumuskan data di exel untuk mempermudah dalam merekap data kejadian DBD untuk profil 2018</li><li>- Membantu ibu Avi merekap kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li><li>- Mempelajari petunjuk teknis implementasi PSN 3M Plus dengan gerakan 1 rumah 1 jumantik</li></ul>	
Selasa, 08 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mengikuti apel pagi</li><li>- Merevisi perumusan di exel untuk memudahkan rekap data</li><li>- Membantu ibu Avi mereka/ update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li><li>- Pengumpulan data laporan</li></ul>	

<b>Hari &amp; Tanggal</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Paraf Pembimbing Instansi</b>
Rabu, 09 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avi merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Wawancara terkait identifikasi masalah</li> <li>- Materi dari pak athar</li> </ul>	
Kamis, 10 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avi merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Berdiskusi terkait prioritas masalah</li> </ul>	
Jum'at, 11 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avi merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Mendapat materi dari pak Herry terkait Epidemiologi DBD</li> </ul>	
<b>Minggu ke-3</b>		
Senin, 14 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Materi dari pak Didiek terkait kebencanaan</li> <li>- Tour ke gudang logistik kebencanaan di Pusat penanggulangan Krisis kesehatan Regional Jawa Timur</li> <li>- Membantu ibu Avie merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> </ul>	
Selasa, 15 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avie merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Menyicil penyusunan laporan bab 1</li> </ul>	
Rabu, 16 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avie merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Menyicil penyusunan laporan bab 1</li> </ul>	
Kamis, 17 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti upacara rutin tanggal 17 di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur</li> <li>- Membantu ibu Avie merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten kota</li> </ul>	
Jum'at, 18 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membantu ibu Avie merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Berdiskusi dengan bpk. Herry terkait pemicu terjadinya peningkatan kasus di 4 kabupeten di Jawa Timur yakni Kediri, Tulungagung, Trenggalek, Blitar.</li> <li>- Menyicil penyusunan laporan bab 2</li> </ul>	



Hari & Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-4		
Senin, 21 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Tour ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi Jawa Timur</li> <li>- Pemberian Materi tentang Manajemen Data di BPBD</li> <li>- Menyicil penyusunan laporan bab 2</li> <li>- Mempelajari petunjuk teknis pengkabutan panas (<i>thermal fogging</i>) dan pengkabutan dingin (<i>ultra low volume/ulv</i>)</li> </ul>	
Selasa, 22 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avie merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Menyicil penyusunan laporan bab 3</li> </ul>	
Rabu, 23 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avie merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Pengumpulan data kejadian DBD 2018-januari 2019</li> <li>- Melakukan prioritas masalah menggunakan CARL dengan ibu Avie dan bapak kolup</li> </ul>	
Kamis, 24 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avie merekap/update kejadian DBD tahun 2018 dari kabupaten/kota</li> <li>- Melakukan prioritas masalah menggunakan CARL dengan bapak Nursam</li> </ul>	
Jum'at, 25 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengumpulan data laporan</li> <li>- Berdiskusi dengan bapak Herry</li> <li>- Melakukan prioritas masalah menggunakan CARL dengan bapak hudha</li> </ul>	
Minggu ke-5		
Senin, 28 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Membantu ibu Avie update kejadian peningkatan kasus DBD januari tahun 2019</li> <li>- Melakukan identifikasi penyebab masalah menggunakan <i>fishbone</i></li> </ul>	
Selasa, 29 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Melakukan identifikasi alternatif solusi sesuai hasil <i>fishbone</i></li> <li>- Menyusun laporan magang</li> </ul>	

<b>Hari &amp; Tanggal</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Paraf Pembimbing Instansi</b>
Rabu, 30 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Berdiskusi alternatif solusi bersama ibu avie</li> <li>- Menyusun laporan magang</li> </ul>	
Kamis, 31 Januari 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengikuti apel pagi</li> <li>- Menyusun laporan magang</li> </ul>	

Keterangan :

### Lampiran 3. Form CARL

<p><b>C (Capability)</b> adalah Ketersediaan sumber daya (dana, sarana/peralatan)</p> <p>5= sangat mampu 4 = mampu 3 = cukup mampu 2 = tidak mampu 1 = sangat tidak mampu</p>	<p><b>A (Accesibility)</b> adalah kemudahan, yaitu masalah yang ada mudah diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/cara/teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau petunjuk pelaksanaan.</p> <p>5 = sangat mudah 4 = mudah 3 = cukup mudah 2 = tidak mudah 1 = sangat tidak mudah</p>	<p><b>R (Readiness)</b> adalah kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/kemampuan dan motivasi</p> <p>5 = Sangat siap 4 = Siap 3 = Cukup siap 2 = Tidak siap 1 = Sangat tidak siap</p>	<p><b>L (Leverage)</b> adalah seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas.</p> <p>:</p> <p>1 = Sangat tidak berpengaruh 2 = Tidak berpengaruh 3 = Cukup cukup berpengaruh 4 = berpengaruh 5 = Sangat berpengaruh</p>
---	--	---	---

Nama Responden :

Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan pelaksana program pengendalian DBD di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, didapatkan beberapa masalah. Selanjutnya dilakukan penetapan prioritas dengan menanyakan pendapat pada penanggung jawab dan pihak terkait. Penetapan prioritas masalah menggunakan metode CARL (*Capability, Accesibility, Readiness, Leverage*). Responden diharapkan memberikan skor 1-5 pada setiap masalah yang tertulis di bawah ini:

No.	Masalah	C	A	R	L	Total	Ranking
1.	Implementasi PSN 3M Plus di beberapa kabupaten/kota di provinsi Jawa Timur belum optimal.						
2.	Pelaporan kasus yang tidak tepat waktu pada sebagian kabupaten/kota.						
3.	Stock logistik dipenuhi dari kementerian Kesehatan RI.						

#### Lampiran 4. Dokumentasi Kegiatan Magang



Merekap update data kasus DBD 2018 dari kabupaten/kota dan membantu Bu Avie dalam merumuskan data di excel agar lebih mudah dan untuk di rekap dan merekap data kasus DBD tahun 2018.



Kegiatan pemberian materi oleh pak Didiek dari Seksi Bencana tentang kebencanaan serta Tour ke gudang logistik kebencanaan di Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional Jawa Timur (Senin, 14 Januari 2019)

Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional Jawa Timur  
-7,32493, 112,72931, 29,6m, 211°  
14/01/2019 09:03:54



Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional Jawa Timur  
7,32476, 112,7293, 44,3m, 200  
14/01/2019 09:10:42



Berkonsultasi dengan ibu Atik selaku pembimbing departemen di FKM Unair (Selasa, 15 Januari 2019)



Mengikuti upacara setiap tanggal 17 di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (17 Januari 2019)



Melakukan tour di Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi Jawa Timur (Senin, 21 Januari 2019)





Pemberian materi manajemen data di BPBD (Senin, 21 Januari 2019)



Seminar hasil magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Kamis, 22 Februari 2019)



