

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Pembangunan nasional pada hakekatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan seluruh masyarakat Indonesia, dengan demikian terciptanya kualitas manusia dan masyarakat Indonesia yang maju dalam suasana tenteram dan sejahtera lahiriah dan batiniah. (MPR RI, 1988).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menyatakan bahwa pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional yang dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan serta bertujuan untuk terciptanya kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari pembangunan nasional (SKN,1982)

Selanjutnya dalam Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) tahun 1988 dikemukakan bahwa pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan memberikan prioritas pada peningkatan kesehatan masyarakat dan keluarga serta pencegahan penyakit, disamping upaya penyembuhan dan pemulihan. Dengan demikian perlu ditingkatkan upaya memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang lebih baik dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat.

Departemen Kesehatan secara tegas telah mencanangkan dalam Rencana Pembangunan Lima Tahun Bidang Kesehatan tahun 1989/1990-

1993/1994, bahwa upaya perbaikan kesehatan rakyat ditingkatkan melalui pemberantasan penyakit menular, perbaikan gizi, penyediaan air bersih, kebersihan dan kesehatan lingkungan serta pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana. Penyuluhan kesehatan perlu diperluas untuk menumbuhkan kesadaran dan membudayakan perilaku hidup bersih sedini mungkin di seluruh lapisan masyarakat melalui pusat pelayanan kesehatan dan pos-pos pelayanan terpadu (posyandu). (Depkes RI, Repelita Bidang Kesehatan, 1989)

Selanjutnya dalam Undang-undang No. 9 tentang pokok-pokok kesehatan Bab I pasal 1 menyatakan bahwa; tiap-tiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan perlu diikuti sertakan dalam usaha-usaha kesehatan pemerintah. (Depkes RI, 1972)

Kemudian Bab II pasal 4 juga memperjelas bahwa; pemerintah memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan rakyat dengan menyelenggarakan dan menggiatkan usaha-usaha lapangan antara lain pencegahan dan pemberantasan penyakit.(Depkes RI, 1972).

Demikian pula pada Bab II pasal 6 disebutkan; pemerintah melakukan pencegahan penyakit dengan menyelenggarakan hygiene lingkungan termasuk kebersihan, pengebalan (imunisasi), karantina dan hal-hal lain yang perlu. (Depkes RI, 1972).

Pemberantasan Penyakit Menular merupakan salah satu program di bidang kesehatan, yang berperan menurunkan angka kesakitan dan

kecacatan dari berbagai penyakit kronis. Salah satu kegiatan dalam program ini yang memainkan peranan adalah Surveilans.

Surveilans sedemikian penting artinya dalam kegiatan pemberantasan penyakit sebagai alat untuk mendeteksi penyakit, mengamati dengan seksama perkembangan dan perilaku penyakit tersebut serta menentukan langkah-langkah untuk mempersiapkan sumber daya dalam melakukan pemberantasan.

Salah satu penyakit yang saat ini masih ditemukan pada masyarakat pedesaan di Propinsi Sulawesi Tenggara dengan dampak konotasi “keterbelakangan” adalah penyakit Frambusia.

Penyakit frambusia didefinisikan sebagai penyakit menular menahun berkumat-kumat, yang disebabkan oleh *Treponema pertemue*. Penyakit ini masih menyerang beberapa kecamatan, baik yang sudah dikenal sebagai daerah endemis maupun daerah-daerah baru yang sebelumnya sudah tidak pernah terdengar adanya kasus frambusia.

Meskipun pemerintah telah mencanangkan sejak Pelita III, berbagai bentuk pemberantasan penyakit Frambusia (penyakit kandadawa, patek atau puru jawa) yang seharusnya dapat membasmi penyakit ini dengan penanganan sangat sederhana melalui satu kali penyuntikan saja, namun kenyataannya, penyakit ini tetap saja menjadi permasalahan kesehatan masyarakat terutama di Sulawesi Tenggara.

Selama 30 tahun sampai dengan 1979/1980, telah dilakukan usaha pemberantasan melalui proyek TCPS (Treponematosi Control Project

Simplified). Namun proyek ini hanya mampu mengantar daerah Jawa, Bali, dan Nusa Tenggara Barat ke fase maintenance (Depkes RI, 1999).

Selanjutnya pada tahun 1980/1981 dilaksanakan percepatan pemberantasan melalui kegiatan Crash Program Pemberantasan Penyakit Frambusia (CP3F). Program ini mengantar Propinsi Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Selatan mencapai fase maintenance. (Depkes RI, 1999).

Pada Pelita IV sebagai kelanjutan dari CP3F, telah terjadi variasi kejadian penyakit frambusia yang naik turunnya penemuan dan pemberantasannya dipengaruhi oleh keterbatasan anggaran. Angka prevalensi penyakit frambusia berkisar antara 0,066% sampai 0,394%. Secara keseluruhan daerah infeksiif penyakit frambusia terdapat pada 19 Propinsi dan 105 Kabupaten termasuk Propinsi Sulawesi Tenggara. (Depkes RI, 1999).

Di Propinsi Sulawesi Tenggara upaya penanggulangan dan pemberantasan telah dilakukan hampir 50 tahun, namun hasilnya belum begitu menggembirakan. Sampai tahun 2002, dari 4(empat) kabupaten dan 2(dua) kota, 3(tiga) Kabupaten diantaranya melaporkan adanya kasus frambusia menular, disamping jumlah desa dan wilayah yang terjangkau cenderung semakin meluas.

Adapun kabupaten yang telah melapor yakni Kabupaten Kendari 1(satu) Kecamatan dengan 8 Desa, Kabupaten Muna 2(dua) Kecamatan

dengan 9 Desa dan Kabupaten Buton 8 (delapan) Kecamatan dengan 20 Desa. (Dinas Kesehatan Prop. Sultra, 2002).

Dengan demikian di Propinsi Sulawesi Tenggara terdapat 13 Kecamatan dengan 37 Desa yang terjangkit penyakit frambusia, jumlah kasus frambusia menular sebanyak 392 orang (Prevalensi frambusia menular = 20,27 per 10.000 penduduk), dan penderita frambusia tidak menular sebanyak 322 penderita, prevalensi frambusia tidak menular sebesar = 16,65 per 10.000 penduduk. Angka ini jauh lebih tinggi dari kebijakan pelaksanaan program pemberantasan yang telah dicanangkan Departemen Kesehatan yang menetapkan angka < 1 per 10.000 penduduk untuk menggolongkan penyakit frambusia di suatu daerah tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. (Laporan Sub Dinas PP Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2002).

Dari 3(tiga) Kabupaten terjangkit, yang paling banyak ditemukan kasus frambusia menular adalah Kabupaten Buton yakni pada 8 Kecamatan meliputi 20 Desa, dengan jumlah kasus frambusia menular sebanyak 284 penderita. Dengan demikian prevalensi penyakit ini di Kabupaten Buton adalah sebesar 21,85 per 10.000 penduduk.

Dari 8 Kecamatan terjangkit di Kabupaten Buton, yang paling banyak ditemukan kasus adalah di Kecamatan Lakudo yakni pada 2(dua) Desa masing-masing Desa Lolibu dan Madongka. Dari 2(dua) Desa tersebut kasus yang paling banyak ditemukan adalah di Desa Lolibu. Berdasarkan laporan pelacakan kasus penyakit ini selama 3 bulan (Januari – Maret 2002,

ditemukan penderita sebanyak 137 orang. Dari jumlah tersebut, 96 diantaranya adalah frambusia menular. Dengan angka sebesar ini menjadikan Desa Lolibu sebagai desa dengan prevalensi tertinggi yakni 348,45 per 10.000 penduduk untuk tiga bulan. Sementara frambusia tidak menular sebanyak 41 kasus dengan prevalensi sebesar = 148,8 per 10.000 penduduk). (Dinas Kesehatan Kabupaten Buton, 2002). Sebulan kemudian Dinas kesehatan Kabupaten Buton melakukan follow up dan menemukan kasus baru frambusia menular sebanyak 15 kasus dan frambusia tidak menular sebanyak 16 kasus. Dengan demikian sampai dengan April 2002 ditemukan kasus frambusia sebanyak 168 orang, dimana 111 diantaranya adalah frambusia menular. Jumlah ini meningkatkan prevalensi frambusia mnular menjadi 402,9 per 10000 penduduk Padahal dalam triwulan yang sama tahun lalu ditemukan kasus frambusia menular sebanyak 64 orang (prevalensi 232,3 per 10000 penduduk), dan frambusia tidak menular sebanyak 5 orang. Penderita yang ditemukan lebih kurang 70 % ditemukan pada anak sekolah. (Laporan Hasil Kegiatan Pemberantasan Penyakit Frambusia Kabupaten Buton Tahun 2002).

Laporan kasus ini sangat jauh berbeda dengan Laporan Rutin Kesakitan di Puskesmas (LB1). Dalam LB1 untuk bulan Januari sampai dengan April 2002 untuk kecamatan Lakudo hanya dilaporkan kasus frambusia sebanyak 4 orang. Jumlah ini sudah meliputi seluruh desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Lakudo. Malah jumlah inipun sudah termasuk kasus frambusia menular dan tidak menular. Dengan

menganggap bahwa semua kasus dalam laporan rutin kesakitan di Puskesmas tersebut berasal dari Desa Lolibu, maka terdapat 164 kasus frambusia menular dan tidak menular (97,62%) yang tidak dilaporkan dalam laporan rutin kesakitan (LB1) Puskesmas Kecamatan Lakudo untuk Desa Lolibu.

Dari kejadian ini, kalau hanya mengandalkan Laporan Kesakitan di Puskesmas (LB1) maka fenomena gunung es yang menyelubungi besarnya kasus di lapangan adalah sebesar 97,62%. Kalau gambaran gunung es ini dijadikan patokan untuk mengukur besarnya permasalahan penyakit frambusia di Sulawesi Tenggara, tidaklah mengherankan kalau kasus ini tetap saja ada, hilang untuk sementara di suatu daerah dan muncul lagi di daerah lainnya, yang memperlihatkan fluktuasi sejalan dengan kesempatan petugas melakukan kegiatan dadakan.

Kendala seperti ini yang merupakan ciri kelemahan pelaporan dan surveilans di negara berkembang dijelaskan oleh **Michael D. Malison** (2001) dalam tulisannya yang berjudul *Surveillance in Developing Country* yang dimuat dalam buku *Public Health Surveillance* hal. 56.

"In the developing world, surveillance data are often untimely, incomplete, unrepresentative, and generally of such poor quality that confidence in the entire system is undermined"

(Di negara-negara berkembang data surveilans umumnya sudah kedaluarsa, tidak lengkap, tidak mewakili keadaan sesungguhnya, dan umumnya tidak berkualitas sehingga memperburuk kepercayaan terhadap seluruh sistem)

Persoalan pemberantasan bertambah rumit dengan kedatangan pengungsi dari Propinsi Maluku dan Propinsi Timor Timur sebanyak 186.000 jiwa, yang berpotensi memperburuk masalah kesehatan di Propinsi Sulawesi Tenggara. Sebagaimana diketahui, kedua Propinsi ini merupakan daerah endemis penyakit frambusia. (Dinas Kesehatan Kabupaten Buton, 2002).

Penyakit ini walaupun tidak menimbulkan kematian, namun merupakan suatu penyakit menular yang perlu diberantas karena menyerang paling banyak anak dibawah 15 tahun dan bila tidak diobati dengan cepat dan tepat bisa menimbulkan cacat serta merupakan ciri suatu daerah terkebelakang. (Depkes RI, 2000).

Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari tentang air bersih di Desa Lolibu pemerintah telah menyediakan sarana berupa perpipaan. (Laporan Puskesmas Kecamatan Lakudo, 2002)

Kaitannya antara ketersediaan sarana air bersih dengan penyakit frambusia sangat erat, karena dengan kebersihan perorangan, penyakit ini dapat eliminasi. Namun berbagai persoalan lain seperti keterbatasan sarana transportasi, dana, obat-obatan serta peralatan medis menyebabkan kegiatan pemberantasan penyakit menghadapi banyak kendala di lapangan. Disamping itu, keterbatasan pengetahuan petugas tentang penyakit frambusia, menyebabkan penyakit tidak mendapatkan perhatian serius (Laporan Hasil kegiatan Pemberantasan Penyakit Frambusia Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Tahun 2001).

Penyakit frambusia sudah sangat jarang ditemukan terutama di wilayah Indonesia Bagian Barat dan Indonesia Bagian Tengah. Namun penyakit ini masih bercokol di Sulawesi Tenggara dan Maluku. Ini menyebabkan sulitnya mendapatkan hasil penelitian Perguruan Tinggi terkemuka di Pulau Jawa tentang Penyakit Frambusia yang dapat dijadikan rujukan penelitian dan program pemberantasan.

Di tingkat internasional frambusia masih ditemukan di negara-negara berkembang seperti Afrika, Asia Selatan dan Asia Tenggara serta sebagian Amerika Selatan dan Oceania (Natalie C. Klein, 2001). Kelangkaan penyakit ini di daerah-daerah maju menyebabkan sulitnya menemukan rujukan untuk kegiatan pemberantasan, terlebih lagi sistem surveilansnya.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian diatas nampak bahwa penyakit frambusia di Kecamatan Lakudo khususnya di Desa Lolibu masih banyak diderita oleh masyarakat dan ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapatkan perhatian.

Sistem informasi yang berbasis pada pelayanan kesehatan belum dapat merekam, sehingga sistem informasi yang sampai di Propinsi tidak sesuai dengan keadaan di masyarakat sehingga keputusan kebijakan tidak tepat.

Oleh karena itu perlu dikombinasikan sistem surveilans yang memadai untuk diangkat dan diteliti lebih jauh dengan rumusan masalah “ Model Surveilans Epidemiologi apakah yang sesuai untuk membantu program

pemberantasan penyakit frambusia” di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo khususnya, dan Propinsi Sulawesi Tenggara pada umumnya.

1.3. Tujuan:

1.3.1. Tujuan umum :

Tujuan umum dari penelitian ini adalah Mengembangkan Model Surveilans Epidemiologi penyakit frambusia di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton Provinsi Sulawesi Tenggara.

1.3.2. Tujuan khusus:

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut

- 1.3.2.1 Mengidentifikasi masalah surveilans epidemiologi penyakit frambusia yang sudah berjalan, melalui evaluasi terhadap input, proses dan output.
- 1.3.2.2 Melakukan sturdi eksploratif terhadap petugas kesehatan, tokoh masyarakat baik formal (guru dan aparat desa) maupun non formal (kader kesehatan dan orang tua penderita) untuk mengungkapkan perasaan dan pengalaman pribadi tentang penyakit frambusia sehingga bahan baku sistem surveilans dapat terekam dengan baik.
- 1.3.2.3 Menelaah teori yang ada untuk dijadikan dasar mendesain model surveilans epidemiologi penyakit frambusia berbasis masyarakat.

1.3.2.4 Mengembangkan model surveilans epidemiologi penyakit frambusia berbasis masyarakat yang dapat diaplikasikan dengan melibatkan masyarakat, petugas kesehatan serta para pengambil kebijakan

1.4. Manfaat penelitian.

1.4.1 Memberikan masukan pada pengelola program frambusia untuk menentukan pola surveilans yang tepat, dan efisien dengan melibatkan berbagai pihak secara aktif dalam upaya merekam kejadian penyakit frambusia di tingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Kesehatan Propinsi dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia

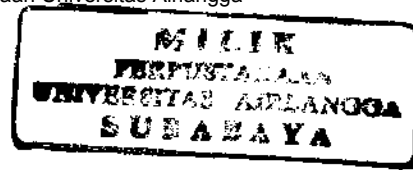
1.4.2 Model Surveilans Epidemiologi penyakit frambusia yang dihasilkan, diharapkan akan dapat digunakan sebagai dasar maupun rujukan untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut dibidang pemberantasan penyakit frambusia.

1.4.3 Pengembangan Model Surveilans Epidemiologi Penyakit Frambusia dengan melibatkan masyarakat (Guru, Kader Kesehatan Aparat Desa Orang Tua dan Murid Sekolah) dapat meningkatkan penemuan kasus frambusia di Kecamatan Lakudo, Kabupaten Buton Propinsi Sulawesi Tenggara.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pelaksanaan Pemberantasan Penyakit Frambusia.

2.1.1 Sejarah singkat pemberantasan penyakit frambusia.

Pemberantasan penyakit frambusia telah dilaksanakan sejak tahun 1910 dengan ditemukannya obat efektif pertama untuk penyakit frambusia yaitu arsenik, yang ditemukan oleh Dr. Paul Erlich. Pemberian obat ini dilakukan melalui suntikan dan tetap menjadi pilihan sampai ditemukannya Penicillin tahun 1940. (WHO, 1984)

Di beberapa daerah, pengobatan efektif dan terencana berhasil menurunkan prevalensi penyakit frambusia. Obat yang paling ampuh untuk pengobatan penyakit frambusia adalah penicillin G dan ini dilaksanakan sampai tahun 1943. Berhubung penicillin G sangat mahal dan harus diberikan berulang-ulang akhirnya ditemukan PAM (Penicillin Aluminium Monostearate). Pemberian obat ini mudah dan aktifitasnya dalam tubuh cukup lama. Kampanye ini pula yang menciptakan konsep epidemiologi terhadap penggunaan PAM yang memandang perlu penyuntikan terhadap kontak yang asimtomatik (tidak kelihatan gejalanya), dan kasus presum laten (dugaan) untuk menghapuskan reservoir penyakit ini. (WHO, 1984).

Pada tahun 1948 WHO bersama UNICEF menciptakan program pemberantasan penyakit frambusia secara global yang didasarkan pada pendapat, bahwa pengobatan masal yang direncanakan dengan cermat akan menghasilkan penurunan prevalensi secara berarti yang kemudian dipertahankan pada tingkat maintenance dengan pencaharian kasus serta tindakan pencegahan secara intensif. (WHO, 1984)

Periode 1950 – 1979 setelah perang dunia ke II selesai WHO dan UNICEF menawarkan bantuan sesuai kebijaksanaan, WHO menganjurkan pemberantasan dilakukan dalam tiga fase yaitu fase campaign, fase konsolidasi dan fase maintenance. Tujuan dalam fase campaign adalah menurunkan jumlah penderita, fase konsolidasi adalah mengawasi endemi sambil menurunkan jumlah penderita dan fase maintenance berusaha agar frambusia tidak dapat kembali lagi. (Depkes RI, 1999)

Periode 1980 – 1985 sejalan dengan pembangunan yang makin meningkat maka perlu adanya tindakan khusus berupa Crash Program dengan menggunakan teknologi pemberantasan yang tepat guna dan hasil guna. (Depkes RI, 1999)

Penyakit frambusia telah ditemukan sebelum atau paling sedikit pada waktu para Wali mengembangkan ajaran Islam di tanah air. Dalam sejarah pemberantasan, tokoh pewayangan yang ikut menyiarkan agama yaitu Nolo Gareng menderita frambusia. Dapat

diperkirakan leluhur Nolo Garengpun menderita frambusia. (Soedarsono, 1971)

Pada tahun 1950 seluruh Propinsi ditemukan frambusia, dan tahun 1980 pulau Jawa tidak ditemukan lagi penyakit frambusia. Hal ini dapat dilihat pada lampiran 1 dan lampiran 2. (WHO, 1984).

2.2 Tujuan pemberantasan penyakit frambusia.

2.2.1 Tujuan secara umum adalah menurunkan prevalensi frambusia seluruh Indonesia sehingga menjadi < 1 per 100.000 penduduk tingkat Propinsi dan 1 per 10.000 penduduk tingkat Kabupaten dan Kecamatan.

2.2.2 Tujuan pemberantasan secara khusus adalah:

2.2.2.1 Menghilangkan focus - focus serta menekan tingkat prevalensi frambusia menular di daerah maintenance melalui kegiatan pemeriksaan penduduk dan pengobatan. Dengan demikian diharapkan penyakit frambusia tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia umumnya dan Propinsi Sulawesi Tenggara khususnya. (Depkes RI, 1999).

2.2.2.2 Mempertahankan status daerah pengawasan (maintenance) melalui pengamatan (surveilans) yang ketat. Penyakit frambusia adalah penyakit yang mudah penanganan

penderitanya, serta pemberantasannya telah diintegrasikan dengan kegiatan Puskesmas sejak tahun 1974.

Menurut penelitian promokesa tahun 1977 menyatakan bahwa masyarakat masih menganggap hidup sehat diartikan sebagai suatu usaha peningkatan kesehatan, sehingga pengobatan merupakan prioritas keenam atau ketujuh. (Widodo Talago, 1980).

Penyakit frambusia tidak menyebabkan kematian, sehingga masyarakat kurang memanfaatkan Puskesmas sebagai tempat pelayanan pengobatan penyakit ini, padahal persediaan obat cukup dan tidak dipungut biaya.

2.3 Definisi

Penyakit frambusia adalah penyakit menular, bersifat menahun dan berkumat-kumat yang disebabkan oleh *Treponema pertenue*, menimbulkan gejala dikulit dan ditulang merajalela di daerah tropis. (Soedarsono, 1971).

Menurut buku Himpunan Nomenklatur Bidang Kesehatan, penyakit frambusia didefinisikan sebagai suatu penyakit infeksi di daerah tropis yang disebabkan oleh *Treponema pertenue*, dengan gejala primer berupa luka pada kulit yang menyerupai buah frambos (murbai). (Depkes RI, 1981)

Dalam buku gejala-gejala penyakit frambusia dalam gambar dikemukakan bahwa penyakit frambusia adalah suatu penyakit menular menahun berkumat-kumat, yang menyebabkan penderitaan yang lama.

Dalam pada itu kerusakan jaringan tubuh dapat ditimbulkannya. (Depkes RI, 1986).

Natalie C. Klein (2001, Section 2) mendefinisikan Frambusia sebagai berikut:

“Yaws is a contagious, nonvenereal, treponemal infection in human that present mainly in children younger than 15 years”

(Frambusia adalah penyakit menular, yang disebabkan oleh kuman treponema yang tidak ditularkan melalui kelamin dan umumnya menyerang anak-anak dibawah usia 15 tahun)

Selanjutnya Departemen Kesehatan India (2003, 1) mendefinisikan penyakit Frambusia sebagai:

“Yaws ia a severe, disfiguring, disabilitating non-venereal treponemal infection. It is a chronic and contagious disease more prevalent in tribal population”

(Frambusia adalah infeksi yang disebabkan oleh kuman treponema yang tidak ditularkan melalui kelamin, yang parah, merusak jaringan, dan menimbulkan kecacatan. Frambusia adalah penyakit menular yang bersifat kronis dan kebanyakan menimpa masyarakat pedesaan)

Dari kelima pengertian diatas memberikan gambaran bahwa penyakit frambusia adalah suatu penyakit menular yang dapat timbul berulang-ulang, menimbulkan kerusakan di tulang, di kulit dan di jaringan. Apabila tidak diobati dapat menular pada orang lain dengan cepat dan menimbulkan cacat.

2.4 Epidemiologi

2.4.1 Agent

2.4.1.1 Penyebab

Seperti yang telah dijelaskan diatas bahwa penyebab penyakit ini adalah kuman *Treponema pertenue* yang ditemukan pertama kali oleh Castellani pada tahun 1905. Sifat *Treponema pertenue* ini adalah tidak tahan panas, tidak tahan kering dan tidak tahan dingin. (Depkes RI, 1992).

Sifat morfologik (bentuk, ukuran dan gerak) sulit dibedakan dengan *Treponema pallidum* penyebab penyakit sifilis. Perbedaannya dengan penyakit sifilis karena kuman *Treponema pertenue* tidak menyebabkan infeksi kongenital, sehingga tidak dapat menular melalui placenta. Kuman ini banyak dan mudah ditemukan pada jejas kulit penderita pada stadium permulaan, berkembang biak sangat lambat (setiap 30 –33 jam) pada manusia dan binatang percobaan, tetapi tidak tumbuh pada culture. (Depkes RI, 1992)

2.4.1.2 Sumber infeksi

2.4.1.2.1 Sumber penularan adalah manusia (penderita frambusia), terutama golongan umur < 15 tahun

2.4.1.2.2 Kasus laten, yaitu mereka yang sudah terkena infeksi tetapi tidak menunjukkan gejala klinik yang aktif.

2.4.2 Host

2.4.2.1 Golongan umur

Umumnya lebih banyak menyerang anak-anak golongan umur dibawah 15 tahun (> 95%).

2.4.2.2 Jenis kelamin

Distribusi penyakit frambusia pada laki-laki dan perempuan berbeda. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan cara hidup (kegiatan sehari-hari) (Depkes RI 1992). Sementara itu Natalie C. Klein (2001, Section 2) menyatakan bahwa tidak ada pengaruh jenis kelamin dalam kejadian penyakit frambusia.

2.4.3 Environment

Penyakit frambusia secara endemik terdapat di daerah tropis dan dataran rendah dengan temperatur rata-rata 27° C. Umumnya menimpa masyarakat miskin di pedesaan, yang kumuh dan padat penghuni.

2.4.4. Sasaran pelaksanaan program adalah seluruh penduduk di daerah focus dengan prioritas golongan umur dibawah 15 tahun, baik yang berada di sekolah dasar, taman kanak-kanak maupun di desa atau masyarakat dengan tujuan menemukan penderita dan kontak untuk diobati.

2.5 Gejala klinis.

2.5.1 Type menular (stadium/masa dini)

2.5.1.1 Initial lesion yakni berupa papiloma, mempunyai bentuk seperti buah arbei dengan permukaan basah, tanpa nanah, dapat sembuh secara spontan tanpa meninggalkan bekas. Kadang-kadang disertai panas, sakit kepala, nyeri tulang dan persendiaan

2.5.1.2 Papiloma tersebar ini bisa timbul setelah 1 – 3 bulan setelah intial lesion dan bisa berlangsung beberapa minggu atau beberapa bulan sampai sembuh. Sering dijumpai disekitar mulut, dubur dan vagina. Kelainan pada dubur dan vagina menyerupai bentuk kondilomata pada sifilis. Gejala ini sembuh tanpa meninggalkan parut meskipun kadang-kadang ada kelainan pigmentasi.

2.5.1.3 Wet Crab (bubul) yakni papiloma pada telapak tangan dan kaki, biasanya tampak basah.

2.5.1.4 Gejala frambusia dini lain pada kulit yakni berupa makula, macula-papula, mikropapula dan nodules, Pada kelaianan tersebut diatas tidak dijumpai kerusakan dari lapisan atas

epidermis sehingga tidak mengeluarkan getah radang. Initial lesion, wet crab serta papilomata tersebar adalah sangat menular.

2.5.2 Type tidak menular (stadium/masa peralihan)

2.5.2.1 Hiperkeratosis

2.5.2.1.1 Hiperkeratosis berbentuk macula dengan permukaan kemerahan yang kemudian menghilang setelah mengelupas.

2.5.2.1.2 Ada bentuk keratosis lain yang tidak mengelupas tapi pecah-pecah dan bias sampai dilapisan korium yang dapat menimbulkan rasa nyeri.

2.5.2.1.2 Hiperkeratosis dalam masa dini sembuh tanpa meninggalkan bekas sedangkan pada masa lanjut sering meninggalkan bekas pigmentasi

2.5.2.2 Kelainan pada tulang dan sendi

2.5.2.2.1 Sering mengenai satu jari saja atau lebih.

2.5.2.2.2 Infeksi sebagian besar terjadi pada tulang dibagian extremitas misalnya, pembengkakan dari palanges, paronychia dan atrofi dari kuku yang diikuti deformasi sering dijumpai.

2.5.2.2.3 Gangosa yakni suatu kelainan yang berbentuk necrosis dan dapat menyebabkan kerusakan pada tulang hidung atau sektum nasi sehingga mengakibatkan kolaps dari hidung.

2.5.2.2.4 Kelainan sendi, pada bagian sinovia bias terkena infeksi frambusia tetapi tidak sering bila dibandingkan dengan tulang.

2.5.2.2.5 Hydrarthosis, merupakan bentuk yang paling sering dijumpai pada kelainan sendi terutama pada lutut, manifestasi lain berupa sinovitis dan arthritis.

5.2.2.3 Type tidak menular (stadium/masa lanjut).

5.2.2.3.1 Gummata, ulcera yakni berupa kelainan berbentuk nodules yang biasanya menyerupai ulkus, bila sembuh meninggalkan parut berupa keloit dan dapat menyebabkan penarikan-penarikan (contracture). (Depkes RI, 1999).

2.6 Cara penularan penyakit frambusia.

2.6.1 Cara masuk kuman

Penyakit frambusia ditularkan secara langsung (direct contact) dari penderita ke orang lain jika cairan tersebut mengandung kuman *Treponema pertenu* yang terdapat kulit seorang penderita,

bersentuhan dengan kulit orang lain yang ada lukanya. Luka tersebut mungkin sangat kecil sehingga tidak dapat dilihat dengan mata.

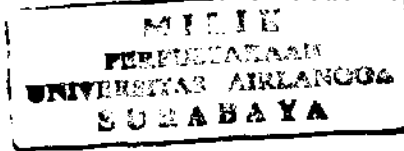
Penularan secara tidak langsung (indirect contact), mungkin dapat terjadi dengan perantara benda atau serangga akan tetapi sangat jarang karena kuman *Treponema pertenue* masuk melalui luka.

Dengan masuknya *Treponema pertenue* itu terjadi infeksi yang dapat mengalami dua kemungkinan :

- a. *Treponema* masuk kedalam kulit dan berkembang biak, menyebar di dalam tubuh kemudian menimbulkan gejala-gejala penyakit dengan demikian infeksi ini disebut "effektive". Infeksi ini terjadi bila *Treponema pertenue* yang masuk kedalam kulit cukup virulen dan cukup banyak dan orang yang mendapat infeksi tidak kebal terhadap penyakit frambusia.
- b. *Treponema pertenue* yang masuk di dalam kulit tidak dapat berkembang biak dan kemudian mati tanpa menimbulkan gejala-gejala penyakit, sehingga infeksi ini dinamakan "inefektive". Infeksi ini dapat terjadi bila *treponema pertenue* yang masuk tidak cukup virulen dan kumannya tidak banyak dan orang tersebut mempunyai kekebalan terhadap penyakit frambusia.

2.6.2 Masa inkubasi.

Cara terjadinya infeksi pada seseorang adalah munculnya induk frambusia dalam bentuk papula, yang terdapat diatas kulit pada jalan



masuk treponema pertenuue sesudah masa inkubasi 9 – 90 hari, rata-rata selama 21 hari (Perine, Hopkins, Niemel, 1984; 9).

2.6.3 Cara penularan penyakit frambusia

Menurut Perene, Hopkins dan Niemel (1984, 9) penyakit frambusia ditularkan secara langsung oleh cairan atau serum lesi yang infeksiif baik yang dini maupun yang kambuh. Sedangkan lesi yang sudah lama tidak menular, penularan melalui serangga belum dapat dibuktikan. Penyebaran penyakit frambusia dapat ditunjang oleh kepadatan penghuni rumah serta sanitasi yang jelek, kurang air, kurang sabun untuk mandi dan membersihkan serta sepatu dan pakaian bagi anak-anak umur 5 – 15 tahun dianggap sangat menunjang bagi penularan.

Cara terjadinya infeksi pada seseorang adalah munculnya induk frambusia dalam bentuk papula, yang terdapat diatas kulit pada jalan masuknya Treponema pertenuue sesudah masa inkubasi 9 – 90 hari atau rata-rata 21 hari.(Depkes RI, 1999)

Jalan masuk Treponema pertenuue bisa melalui luka lecet dan gigitan serangga. Selama masa inkubasi organisme ini berkembang biak ditempat infeksi, menyerbu limpatik sub cutan dan kemudian menyebar keseluruh tubuh lewat peredaran darah. Papula kemudian membesar menjadi papiloma dini yang disebut frambosioma.

Frambosioma inilah yang paling banyak mengandung Treponema pertenue. Lesi ini dapat bertahan tiga sampai enam bulan dan dapat sembuh sebelum muncul lesi baru (Perine, Hopkins, Niemel, 1984, 9).

2.7 Surveilans

2.7.1 Pengertian Surveilans

William Halperin dan Edward L. Baker (1992, 1) dalam buku mereka *Public Health Surveillance* mengutip definisi Surveilans dari The Centers for Disease Control (CDC) sebagai:

“the ongoing , systematic collection, analysis, and interpretation of health data essential to the planning, implementation, and evaluation of public health practice, closely integrated with the timely dissemination of these data to those who need to know”

(Pengumpulan, analisa dan interpretasi data kesehatan secara sistematis dan terus menerus yang penting untuk perencanaan, penerapan dan evaluasi kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat yang diintegrasikan dengan penyebaran data ini secara tepat waktu kepada mereka yang membutuhkannya)

Dengan memperhatikan definisi di atas, maka kegiatan surveilans tidak dapat disamakan dengan kegiatan pelaporan biasa. Kalau Laporan Kesakitan (LB1) bersifat pasif, maka surveilans bersifat aktif. Kalau LB1 hanya melaporkan penderita frambusia yang datang berobat ke Puskesmas, maka surveilans frambusia harus mengamati secara serius dan terus-menerus kenyataan kejadian dan perkembangan penyakit ini di lapangan untuk menjadi masukan para pengambil kebijakan dalam menentukan langkah-langkah

pemberantasan. Ini dijelaskan oleh **Gregory R. Istre** (2001) dalam buku *Public Health Surveillance*, halaman 43.

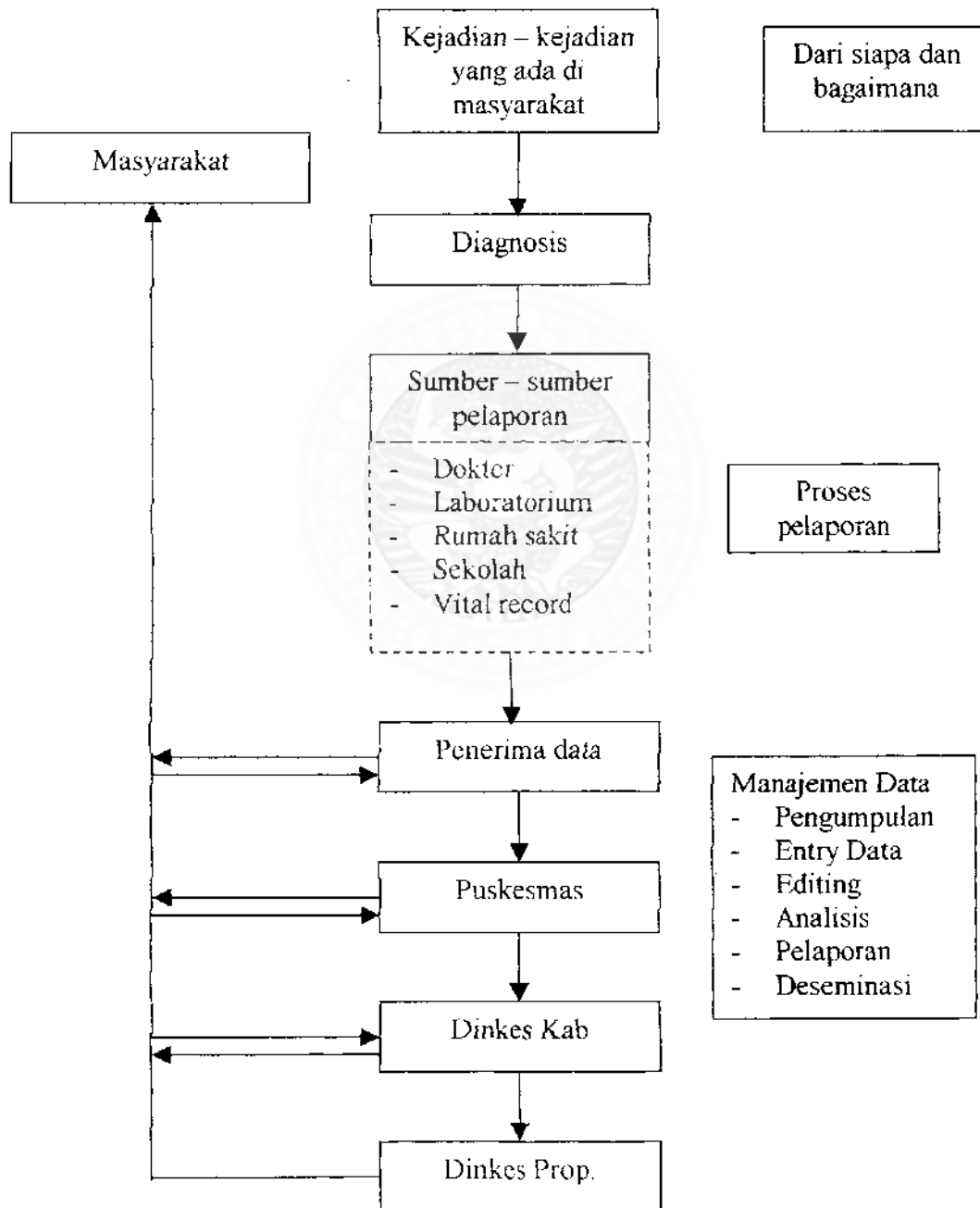
“The actual surveillance for that (the) disease or condition is an ongoing, dynamic activity that requires frequent, sustained interaction with reporting sources. A surveillance system for any disease requires nurturing, in the form of feedback and follow up of reported cases”

(Surveilans yang sesungguhnya untuk suatu penyakit atau keadaan, adalah kegiatan yang dinamis dan terus-menerus yang membutuhkan interaksi yang sering dan berkelanjutan dengan sumber laporan. System surveilans untuk setiap penyakit memerlukan perhatian serius dalam bentuk umpan balik dan follow up dari setiap laporan kejadian penyakit)

Di halaman berikutnya, **Gregory R. Istre** memperkenalkan 4 resep karakteristik untuk mensukseskan suatu program surveilans.

- 2.7.1.1 Surveilans melibatkan penyakit atau kondisi masyarakat yang dianggap berkaitan erat dengan kesehatan masyarakat. Dalam hal ini, surveilans penyakit frambusia dianggap penting karena menjadi perhatian serius pemerintah daerah baik di tingkat Propinsi maupun Kabupaten.
- 2.7.1.2 Petugas kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pelaporan, memahami pentingnya follow up kasus, untuk menentukan hubungan kejadian penyakit dengan faktor-faktor lainnya.
- 2.7.1.3 Memahami dengan baik sistem pelaporan dan umpan balik
- 2.7.1.4 Adanya insentif untuk kegiatan pelaporan.

Adapun langkah-langkah sistem Surveilans Epidemiologi menurut **Halperin** dalam bukunya *Public Health Surveillance*, halaman 30 adalah sebagai berikut :

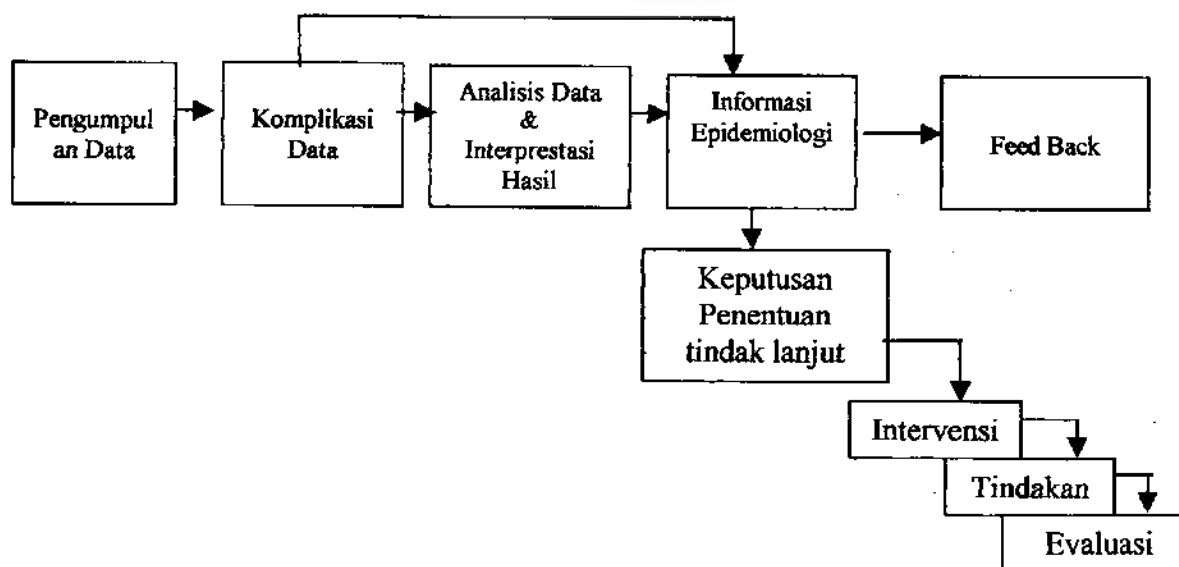


Gambar 2.1. Langkah-langkah sistem Surveilans Epidemiologi (Halperin)
 Sumber: Public Health Surveillance, 1992, 30.

Menurut A. Ratgono, dalam Makalah Surveilans Epidemiologi, pada Pelatihan Petugas Surveilans Puskesmas se Kabupaten Muna, Propinsi Sulawesi Tenggara 2002, halaman 1 mengatakan bahwa;

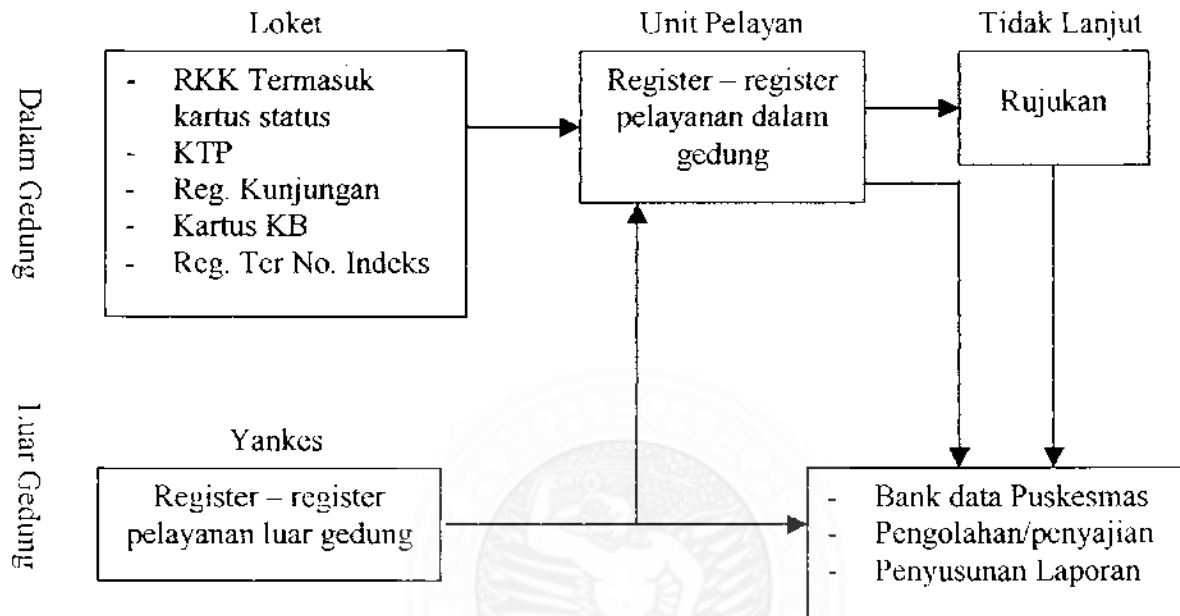
“Surveilans Epidemiologi adalah rangkaian kegiatan pengumpulan data epidemiologis (untuk masalah kesehatan tertentu secara teratur dan terus menerus dari kegiatan rutin), dilakukan pengolahan data (koreksi/pemeriksaan, kompilasi, analisis dan interpretasi) sehingga menghasilkan informasi epidemiologis yang dapat dipakai sendiri maupun oleh pihak lain yang membutuhkannya sebagai bahan untuk perencanaan atau tindakan maupun pengambilan keputusan”.

Untuk memudahkan pemahaman mekanisme dan alur kegiatan surveilans sebagaimana yang dijelaskan dalam definisi di atas, Berikut ini diperlihatkan bagan mekanismenya.



Gambar 2.2 Bagan Alur Surveilans Epidemiologi

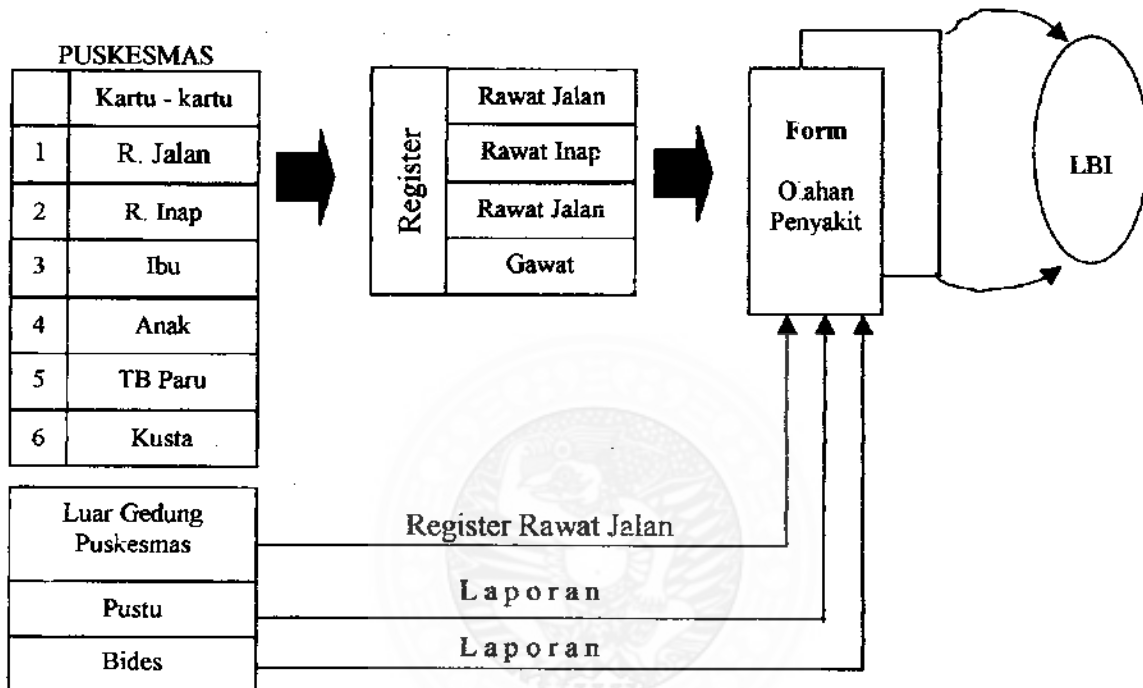
Sumber: Departemen Kesehatan RI, Pedoman Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular, 1994, 7
(Modifikasi oleh A. Ratgono)



Gambar 2.3 Mekanisme Pencatatan di Puskesmas

Sumber: Departemen Kesehatan RI, Pedoman Sistem Informasi Manajemen Puskesmas, 1997.

Kemudian Departemen Kesehatan RI, 1997 mengeluarkan petunjuk pengisian laporan SP2TP Puskesmas seperti bagan dibawah ini:



Gambar 2.4 Alur Pelaporan Data Kesakitan (LBI) Puskesmas
 Sumber: Departemen Kesehatan RI, Petunjuk Pengisian Laporan SP2TP, 1997

2.7.2 Surveilans di negara berkembang

Persoalan Surveilans yang saat ini yang dihadapi oleh Indonesia merupakan ciri khas dari surveilans negara berkembang. **Michael D. Malison** dalam tulisannya yang berjudul *Surveillance in Developing Countries* yang dimuat dalam buku *Public Health Surveillance* (hal 56), menjelaskan ciri surveillans negara berkembang.

"One of the most prevalent characteristics of surveillance system in the developing world is that they attempt to collect too much information about too many diseases and conditions. As the list of reportable diseases grow longer and

the number of questions on each report form multiplies, the goal of surveillance grow more and more obscure."

(Salah satu ciri khas dari sistem surveilans di negara berkembang adalah bahwa mereka berusaha untuk mengumpulkan sebanyak-banyaknya informasi tentang sedemikian banyak penyakit dan kondisi masyarakat. Dengan makin bertambah panjangnya laporan tentang penyakit dan jumlah pertanyaan dari setiap laporan yang berlipat ganda, maka tujuan dari surveilans menjadi semakin kabur)

Laporan Kesakitan di Puskesmas (LBI) serta laporan-laporan rumit lainnya merupakan beberapa contoh dari jenis pelaporan yang sedemikian banyak dan rumit sehingga petugas pelaporan tidak memiliki waktu untuk memplot kasus-kasus penting yang perlu mendapatkan perhatian, memberikan umpan balik maupun memfollow up setiap gejala yang mencurigakan. Belum lagi kepekaan petugas surveilans untuk tidak selalu mempercayai setiap angka yang tercantum dalam laporan setelah mendapatkan informasi, baik formal maupun informal dari jalur diluar pelaporan resmi.

2.7.3 Pengumpulan Data Surveilans

Malison dalam tulisannya yang sama (h; 57-58) juga menjelaskan beberapa hal yang perlu diperhatikan dan dipertanyakan dalam pengumpulan data surveilans seperti:

2.7.3.1 Siapa yang harus melapor ? Pertanyaan ini disertai dengan informasi tentang kemampuan yang dimiliki serta motif yang melatar-belakangi keinginannya untuk melapor. Satu hal yang perlu diperhatikan adalah bahwa pelapor tidak akan

dibebani dengan berbagai macam pertanyaan yang tidak penting yang nantinya akan membuyarkan atau mengganggu konsentrasinya dalam memahami urgensi kejadian penyakit dan kondisi yang akan dia laporkan.

2.7.3.2 Apakah orang ini memahami dengan baik apa, bagaimana dan kepada siapa melapor? Untuk mendapatkan hasil yang optimal, tentu saja diperlukan pelatihan untuk memberikan pemahaman yang tepat kepada pelapor. Disamping itu perlu pula dipertimbangkan untuk menyederhanakan pelaporan hanya kepada penyakit-penyakit tertentu dengan informasi yang singkat, akurat namun bermanfaat.

2.7.3.3 Pertanyaan yang terakhir adalah motivasi apa yang melatarbelakangi seseorang untuk melapor? Di dalam kegiatan surveilans, motivasi untuk melapor dilandasi oleh dua hal yakni motivasi positif (dorongan untuk berbuat), dan motivasi negatif (dorongan untuk tidak berbuat). Kedua jenis motivasi ini sangat perlu untuk diperhatikan oleh mereka yang berkecimpung dibidang pengolahan dan analisis data, karena bisa saja laporan yang masuk merupakan hasil under reported atau sebaliknya, over reported. Seseorang akan termotivasi untuk melaksanakan tugas pelaporan dengan baik manakala laporan yang akan dikerjakan mudah dilaksanakan dan bentuknya sederhana. Namun seseorang

akan menjadi malas dan sembrono, manakala laporan yang dia hadapi rumit, panjang serta bertele-tele. Disamping itu seseorang akan bersemangat dan bertanggung jawab untuk melapor manakala dia merasa sebagai “bagian dari sistem” yang ditegakkan. Namun seseorang tidak akan serius menjalankan tugas-tugas pelaporan manakala dia merasa hanya sebagai “alat” yang hanya diperlukan sebulan sekali.

2.7.4 Analisa dan Interpretasi data Surveilans

Analisa dan interpretasi data surveilans merupakan titik lemah dalam departemen kesehatan. Setiap data surveilans yang dikumpulkan, hanya diolah sampai ke tingkat tabulasi dan penampilan grafik. Sangat jarang suatu unit epidemiologi dan surveilans di jajaran Departemen Kesehatan yang menampilkan analisis dan interpretasi data kedalam suatu sistem surveilans yang memiliki nilai yang berarti untuk perencanaan dan pengambilan kebijakan dibidang pemberantasan penyakit. Hal ini menurut Malison disebabkan para pakar epidemiologi dan surveilans lebih banyak bercokol di perguruan tinggi dengan insentif yang tinggi untuk penelitian dan pengembangan. Untuk mengatasi hal ini pihak Depkes telah menyelenggarakan pendidikan FETP untuk menutupi kekurangan sumber daya manusia di bidang Surveilans epidemiologi yang dibutuhkan.

2.7.5 Penilaian Data

Menurut **John P. Elder dkk**, (1994, 50 – 52), dalam bukunya *Motivating Health Behavior* menjelaskan dua dimensi sumber penilaian data yakni: setting dan informan.

2.7.5.1 Setting

Yang dimaksud dengan setting adalah tempat dimana data diperoleh. Dimensi setting terbagi dalam dua kategori yang terpisah yakni kantor (Puskesmas dan Puskesmas Pembantu) dan yang lainnya adalah lingkungan yaitu lingkungan dimana masyarakat bertempat tinggal.

2.7.5.2 Informan

Informan adalah orang yang melakukan pengamatan atau yang membuat laporan. Dimensi ini dibagi dalam tiga bagian yang terpisah yakni petugas kesehatan, penderita dan yang lain (suami, tetangga, orang tua dan lain-lain). Menurut **John P. Elder dkk**, pemanfaatan lebih dari satu informan dalam strategi penilaian dapat meningkatkan reliabilitas (ketepatan) data. Tabel 2 x 3 berikut ini memperlihatkan enam kemungkinan sumber penilaian data pada dua tipe setting dan tiga tipe informan.

<i>INFORMAN</i> SETTING	PETUGAS KESEHATAN	PENDERITA	YANG LAIN
<i>Unit pelayanan Kesehatan</i>	A	B	C
<i>Lingkungan</i>	D	E	F

Tabel 2.1: Sumber Penilaian Perilaku
Sumber : Motivating Health Behavior

Kolom A: Petugas kesehatan – unit pelayanan

Hubungan ini menunjukkan penilaian terhadap pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan di klinik atau unit kesehatan

Kolom B: Penderita – unit pelayanan

Hubungan ini lebih tepat disebut pasien yang berkunjung ke unit pelayanan

Kolom C: Yang lain (bukan penderita) – unit pelayanan

Laporan orang lain sangat menunjang ketepatan laporan penderita

2.7.6 Surveilans Penyakit Frambusia

Surveilans penyakit frambusia telah dilaksanakan bersamaan dengan surveilans penyakit-penyakit lainnya. Namun karena penyakit ini tidak menimbulkan kematian dan kegelisahan masyarakat, serta tidak dianggap sebagai suatu penyakit yang serius, sehingga surveilans

yang dilakukan terhadap penyakit ini, umumnya tidak menggambarkan keadaan yang sebenarnya di lapangan..

Keberhasilan WHO memberantas penyakit frambusia di Asia Tenggara yang dimuat dalam "The Fourth Decade-50 Years of WHO in South East Asia" menyebabkan turunnya prevalensi penyakit ini di Indonesia, khususnya Jawa dan Bali (1976; 1). Sayangnya keberhasilan ini menyebabkan pemerintah Indonesia menjadi lengah dan menganggap penyakit frambusia sebagai penyakit yang bukan merupakan problem. Ini menyebabkan kegiatan surveilans penyakit frambusia seakan diabaikan. Namun memasuki tahun 1982, prevalensi penyakit ini mendadak naik tajam ke 0,176 % dengan 11.414 kasus frambusia menular. Dengan peningkatan ini, beberapa daerah di Indonesia yang sebelumnya tidak pernah dilaporkan ada kasus, kembali terjangkit.

Persoalan yang muncul ini tidak disertai dengan peningkatan surveilans yang memadai. Kejadian luar biasa penyakit frambusia terjadi di mana-mana terutama di Indonesia Bagian Timur. Propinsi Sulawesi Tenggara merupakan salah satu contoh daerah yang saat ini masih tetap bergulat dengan kasus frambusia yang belum terpadamkan. Ketergantungan kepada Laporan Kesakitan di Puskesmas (LB1) sama sekali tidak menggambarkan kenyataan penyakit di lapangan. Jumlah kasus tiba-tiba melonjak berlipat ganda manakala tim dari Kabupaten atau Propinsi melakukan pelacakan intensif.

Dari pengamatan di lapangan, nampak bahwa sebagian besar kasus yang terjadi, tidak dilaporkan oleh masyarakat karena mereka menganggap penyakit ini bukan suatu masalah. Walaupun frambusia dianggap sebagai sesuatu yang agak mengganggu, masyarakat berpendapat bahwa penyakit ini dapat hilang sendiri tanpa harus ke Puskesmas. Disamping itu masyarakat yang hidup di daerah terpencil menganggap injeksi penicillin sebagai sesuatu yang membahayakan nyawa manusia.

2.7.7 Perilaku Surveilans

Perilaku surveilans yang dimaksud adalah perilaku petugas yang dalam tugasnya sehari-hari berkaitan dengan surveilans penyakit frambusia. Berdasarkan definisi surveilans sebagaimana yang dikutip dari CDC di atas, diharapkan mereka yang menangani surveilans frambusia atau yang terkait dengan surveilans penyakit ini akan menyadari makna dari surveilans penyakit frambusia. Satu hal penting yang perlu difahami adalah bahwa surveilans bersifat aktif sedangkan pelaporan bersifat pasif.

Ketika seorang petugas mengutip data-data pelaporan kemudian membuat tabel dan grafik, maka seseorang sesungguhnya belum melakukan kegiatan surveilans, tetapi sekedar pelaporan. Padahal surveilans dalam posisinya yang mirip dengan kegiatan intelijen merupakan unit yang seharusnya paling mengetahui tentang permasalahan kesehatan sebelum informasi menjadi masalah.

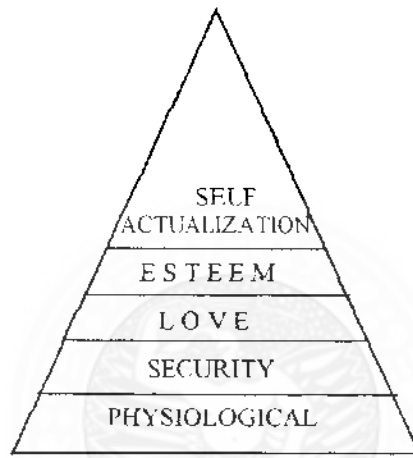
Disinilah petugas surveilans dituntut untuk berperilaku aktif dan dinamis, bukannya pasif dan apatis. Perilaku aktif dari seorang petugas surveilans didorong oleh rasa ingin tahu tentang apa yang ada dan terjadi dibalik angka-angka yang tercantum di dalam laporan. Dorongan rasa ingin tahu ini akan ditunjang oleh rasa tanggung jawab dan rasa memiliki dalam suatu sistem. Perilaku dinamis seseorang petugas akan di dorong oleh pandangan bahwa apa yang dilakukannya adalah sesuatu yang bermanfaat dan diperlukan.

2.8 Perilaku

Perilaku didefinisikan oleh Soekidjo Notoatmodjo (1985) sebagai – segala aspek kegiatan ataupun aktivitas kehidupan manusia yang merupakan respon (tanggapan) dari suatu rangsangan. Perilaku manusia bersifat menyeluruh (holistik) yang dapat mencakup aspek fisiologis, psikologis dan sosial yang saling mempengaruhi antara satu aspek dengan aspek lainnya. Perilaku manusia dapat berupa refleksi dari gejala kejiwaan seperti keinginan, pengetahuan ataupun motivasi. Sedangkan refleksi dari aspek sosial dapat berupa pengalaman, keyakinan ataupun sosio budaya masyarakat.

Salah satu aspek perilaku yang akan dibahas adalah tentang Motivasi, karena ini sangat berkaitan erat dengan dorongan untuk melakukan sesuatu. Dorongan ini menurut Abraham Maslow sangat berkaitan dengan tingkat kebutuhan seseorang. Abraham Maslow kemudian menuangkan tingkat

kebutuhan manusia yang melatar-belakangi motivasinya untuk berbuat dalam suatu model yang disebut “The Hierarchy of Need” atau Tingkatan Kebutuhan. Tingkat Kebutuhan terdiri atas lima bagian sebagaimana nampak pada gambar dibawah ini.



Gambar 2.5 Hierarchy of Needs oleh Abraham Maslow

Sumber: Rick Brenneer (The Hierarchy of Needs For Project Organization, 2003, 2)

Namun agar motivasi mudah diukur, **Elder, Geller, Hovell dan Mayer** (1994) mendefinisikan motivasi sebagai :

“Motivation is the interaction between a behavior and the environment in such ways as to increase, decrease, or maintain that behavior”

(Motivasi adalah interaksi antara perilaku dan lingkungan sedemikian rupa untuk meningkatkan, mengurangi atau memelihara perilaku tersebut)

2.8.1. Perilaku Kesehatan

Perilaku adalah segala aspek kegiatan ataupun aktivitas kehidupan manusia yang merupakan respon (tanggapan dari suatu rangsangan. Perilaku manusia bersifat menyeluruh (holistic) yang

dapat mencakup aspek fisiologis, psikologis dan social yang saling mempengaruhi antara satu aspek dengan aspek lainnya. Perilaku manusia dapat berupa refleksi dari gejala kejiwaan seperti keinginan, pengetahuan, ataupun motivasi. Sedangkan refleksi dari aspek sosial dapat berupa pengalaman, keyakinan ataupun sosio budaya masyarakat. (Soekidjo N, 1985).

David S. Gochman (1981, 3) dalam bukunya *Health Behavior*, mendefinisikan Perilaku kesehatan sebagai:

“those personal attributes such as beliefs, expectations, motives, values, perceptions and others cognitive elements; personality characteristic, including affective and emotional states and traits; and overt behavior patterns, actions, and habits, that relate to health maintenance, to health restoration and to health improvement”

(atribut pribadi seperti kepercayaan, harapan-harapan, motivasi, nilai-nilai, persepsi dan elemen-elemen kognitif lainnya; karakter pribadi termasuk perasaan, keadaan emosional; dan pola tingkah laku yang nyata, tindakan dan kebiasaan, yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, pembinaan kesehatan dan peningkatan kesehatan)

Definisi ini memperlihatkan bahwa perilaku menunjukkan sesuatu yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh seseorang walaupun tidak selalu disadari atau sukarela. Dari definisi ini kemudian berkembang beberapa pengertian yang erat kaitannya dengan perilaku kesehatan yang kemudian dikembangkan oleh Kasl dan Cobb (1966, 4-5) dalam tiga kategori masing-masing:

2.8.1.1 Perilaku Pencegahan dan Perlindungan (Preventive and Protective Behavior)

Kasl dan Cobb dalam buku *Health Behavior* (1966,4-5), mengarahkan perilaku sehat kepada tindakan-tindakan pencegahan yang meliputi pencegahan tingkat pertama yang bersifat non medikal seperti lamanya tidur, kebiasaan makan, rekreasi, olahraga dan lain-lain. Sementara pencegahan tingkat kedua bukan diarahkan untuk mencegah terjadinya sesuatu penyakit tetapi lebih kepada deteksi awal dari setiap kejadian dan memperkecil dampaknya, seperti pap smear dan rontgen.

2.8.1.2 Perilaku Sakit (Illness Behavior)

Perilaku sakit dilukiskan oleh Kasl dan Cobb (1966,4) meliputi tindakan-tindakan yang diambil oleh seseorang yang merasa ragu apakah mereka dalam keadaan sehat; yang terganggu atau bimbang oleh perasaan atau pikiran bahwa mereka percaya sebagai tanda-tanda sakit; yang ingin mengklarifikasi arti dari pada pengalaman-pengalaman ini dan menetapkan apakah mereka dalam keadaan sehat, dan yang ingin mengetahui apa yang akan dilakukan kalau mereka tidak sehat. *Mechanic* (1966/1972) kemudian mengembangkan analisis perilaku sakit ini dalam *help-seeking behavior* (perilaku untuk mencari pertolongan). Dengan demikian *Mechanic* tidak hanya berhenti pada keadaan seseorang yang merasa diri sakit, tetapi meningkat kepada analisis bahwa

ketika seseorang merasa diri sakit, akan ada perasaan memerlukan pertolongan atau nasihat, pengambilan untuk mencari pertolongan, serta pilihan kepada siapa dia mencari pertolongan.

2.8.1.3 Perilaku Peran-Sakit (Sick-Role Behavior)

Selanjutnya menurut **Kasl dan Cobb (1966)** serta **Parson (1951, 5)**, Perilaku Peran-Sakit (Sick-Role Behavior) menunjukkan tindakan-tindakan yang diambil seseorang yang sudah ditetapkan sebagai seorang yang sakit, baik oleh orang lain maupun oleh diri mereka sendiri, diantaranya, menerima anjuran pengobatan, membatasi kegiatan diri, dalam keluarga, maupun tanggung jawab dalam masyarakat, serta tindakan-tindakan untuk mencari kesembuhan dan rehabilitasi.

2.8.2 Sehat Sakit dan Penyakit.

Kata sehat dan sakit mudah diucapkan, tetapi tidak sedemikian mudah untuk di definisikan dalam kaitannya dengan perilaku, apalagi dibuat garis demarkasi yang tegas untuk memisahkan keduanya. WHO (1946/1948, 8) telah berusaha mendefinikan istilah sehat sebagai – “a state of complete physical, mental and social well-being and is not merely the absence of disease or infirmity” (sehat adalah keadaan yang sempurna fisik mental dan sosial, dan bukan sekedar bebas dari penyakit dan kecacatan). Demikian pula **Mechanic (1978,4)** yang mendefinisikan sakit sebagai – “a medical hypothesis that implies particular pathological

processes underlying a specific clinical syndrome” (hipotesis medis yang berkaitan dengan proses patologi tertentu yang menyebabkan sindrom klinis tertentu)

Pengertian dan pemahaman tentang sehat dan sakit dalam kaitannya dengan perilaku serta perubahan perilaku yang berkaitan dengan pengertian sehat dan sakit menjadi perhatian utama dalam kajian ini.

2.8.2.1 Perspektif Pribadi

Pengertian sehat dan sakit dalam perspektif pribadi meliputi tiga aspek masing-masing fungsi dan keseimbangan, kegagalan, dan konstruksi pribadi. Secara pribadi orang merasa sehat bila dirinya merasa berfungsi dan berinteraksi seimbang dengan lingkungannya. Polgar (1968, 9) memperlihatkan bahwa konsep keseimbangan ini berasal dari Timur sebagaimana diperlihatkan dalam filsafat “yin” dan “yang”. Selanjutnya seseorang kemudian merasa diri sakit manakala dirinya gagal atau tidak mampu berfungsi dan menjaga keseimbangannya dengan lingkungan. Bagaimana seseorang merasa diri sehat atau sakit akan tergantung pada konstruksi pribadi tentang kriteria sehat dan sakit.

2.8.2.2 Perspektif Sosial

Pengertian sehat dan sakit dalam perspektif sosial juga meliputi tiga aspek masing-masing fungsi dan

keseimbangan dalam konteks sosial, kegagalan sosial dan dan konstruksi sosial tentang sehat dan sakit. Fungsi dan keseimbangan dalam konteks sosial menempatkan seseorang dalam memainkan peranannya di masyarakat. Alonzo (1984; 12) memperlihatkan bagaimana masyarakat memainkan peranan penting dalam menetapkan dan menjaga fungsi dan keseimbangan dengan lingkungan. Dalam hal ini tanda-tanda dan gejala yang dirasakan seseorang akan dinilai berdasarkan kriteria yang telah diakui dalam masyarakat tersebut. Selanjutnya kegagalan sosial akan terjadi manakala seseorang telah gagal berperilaku atau berpenampilan sebagaimana yang diharapkan masyarakat. Dalam konteks sosial ini kemudian Parson (1951, 12) mendefinisikan sehat sebagai – “intimately involved in the functional prerequisites of sosial system” (sehat adalah keterlibatan penuh dalam menjalankan fungsi sebagaimana yang diharapkan dalam masyarakat). Mengenai konstruksi sosial tentang sehat dan sakit memberikan pengaruh langsung kepada setiap individu dalam masyarakat tersebut dalam konstruksi pribadinya tentang sehat dan sakit, karena konstruksi sosial melibatkan nilai-nilai budaya dan sosial di masyarakat tersebut.

2.8.3 Model Perilaku Kesehatan

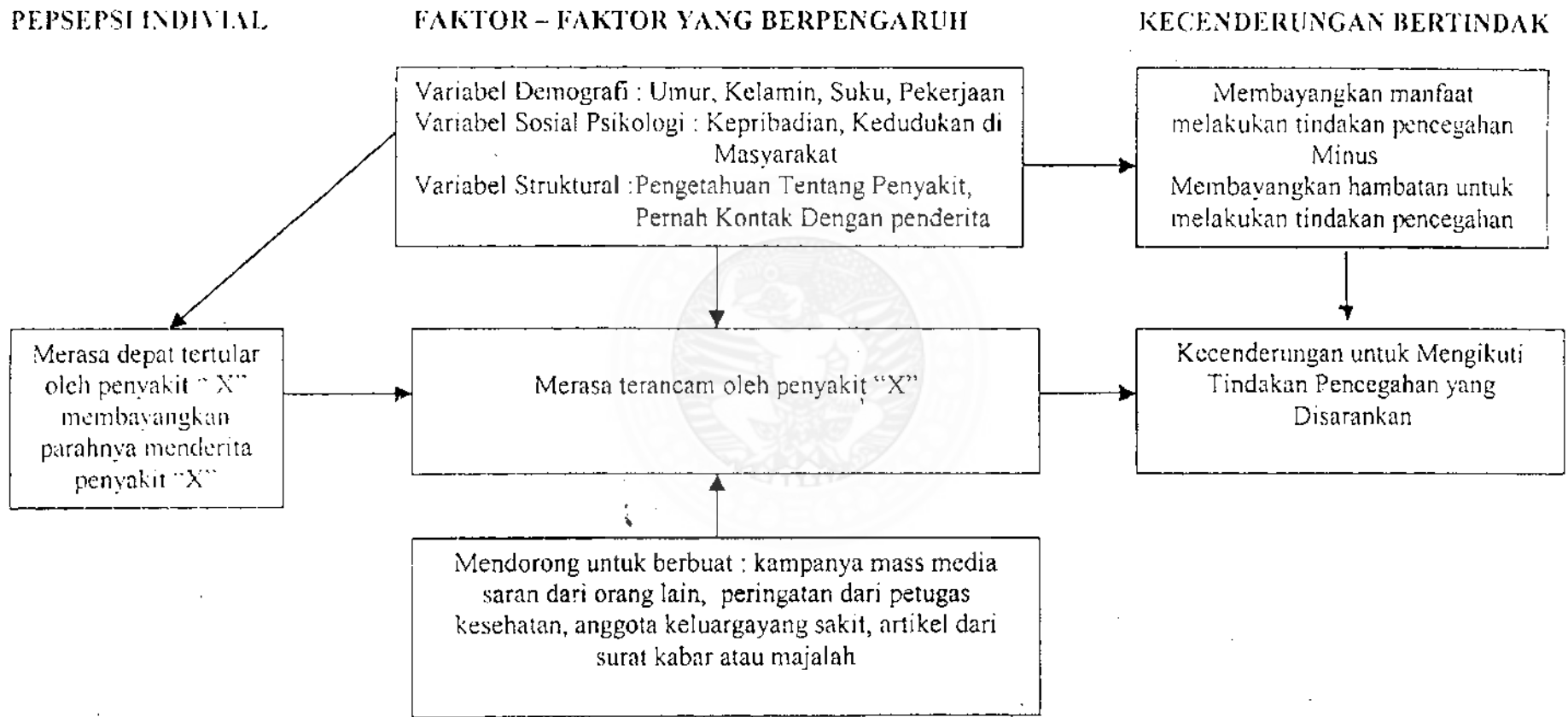
Menurut **Gochman** (1988, 21), penelitian perilaku kesehatan meliputi tiga determinan masing-masing determinan pribadi, determinan keluarga dan determinan sosial.

2.8.3.1 Determinan Pribadi

Determinan pribadi dalam tindakan kesehatan terdiri dari dua bagian yakni pengetahuan dan karakter individu. Dalam penelitian perilaku kesehatan, dibawah determinan pribadi, dikenal dua pendekatan pengetahuan yang terkenal yakni: Model Kepercayaan Kesehatan (Health Belief Model) dan Model Sumber Kontrol (Locus of Control Model)

2.8.3.1.1 Model Kepercayaan Kesehatan (Health Belief Model)

TABEL
 MODEL KEPERCAYAAN KESEHATAN



Sumber : Health Behavior and Health Education, 1997; 48

Model kepercayaan kesehatan dipopulerkan oleh **Irwin Rosenstock** (1966). Model ini memperlihatkan bahwa perasaan akan tertular suatu penyakit dan membayangkan parahnya menderita suatu penyakit akan menyebabkan seseorang merasa terancam kena penyakit tersebut. Perasaan ini akan semakin bertambah dengan adanya dukungan faktor-faktor yang berpengaruh seperti variabel demografi, sosio psikologi dan struktural. Ditambah lagi dorongan untuk melakukan sesuatu dari mass media, petugas kesehatan, saran orang lain, anggota keluarga yang sakit atau membaca artikel serta menonton televisi.

Akumulasi pengaruh dari berbagai faktor ini akan melahirkan kecenderungan perasan untuk bertindak, setelah mempertimbangkan manfaat melakukan tindakan pencegahan; atau sebaliknya tidak melakukan apa-apa karena berbagai kendala seperti mahalnya pengobatan, sulitnya mendapatkan pengobatan, jauhnya dari tempat pelayanan.

2.8.3.1.2 Model Sumber Kontrol (Locus of Control Model)

Model ini diperkenalkan oleh **Rotter** (1966; 23). Model ini cukup sederhana karena hanya menjelaskan bahwa kejadian yang menimpa seseorang dalam hidupnya ada dalam pengendaliannya (Internal Locus of Control) atau

berada diluar pengendaliannya (External Locus of Control).

Seseorang yang merasa mampu mengendalikan hidupnya akan lebih percaya diri dan berperan aktif dalam memelihara kesehatannya, dibandingkan dengan mereka yang merasa tidak memiliki kemampuan mengendalikan diri dan pasrah kepada keadaan.

2.8.3.2 Determinan Keluarga

Determinan keluarga dalam perilaku kesehatan diperlihatkan oleh Crawford (1971, 107). Menurutnya, keluarga adalah lembaga sosial yang penting dalam kelompok masyarakat pada umumnya. Padahal lembaga sosial yang penting ini sering diabaikan dalam penelitian. Penelitian Flay dkk (1983, 118) dan Evans & Raines 1982 memperlihatkan betapa besar pengaruh keluarga (orang tua dan saudara) terhadap anggota dalam keluarga untuk berperilaku sebagaimana yang dia amati dalam keluarganya.

Pengaruh ini kemudian dilukiskan dalam konsep modeling dimana seseorang mengamati orang tua atau saudaranya dalam keluarga sebagai model yang diikuti. Di Indonesia pengaruh orang Tua terutama ayah sebagai kepala

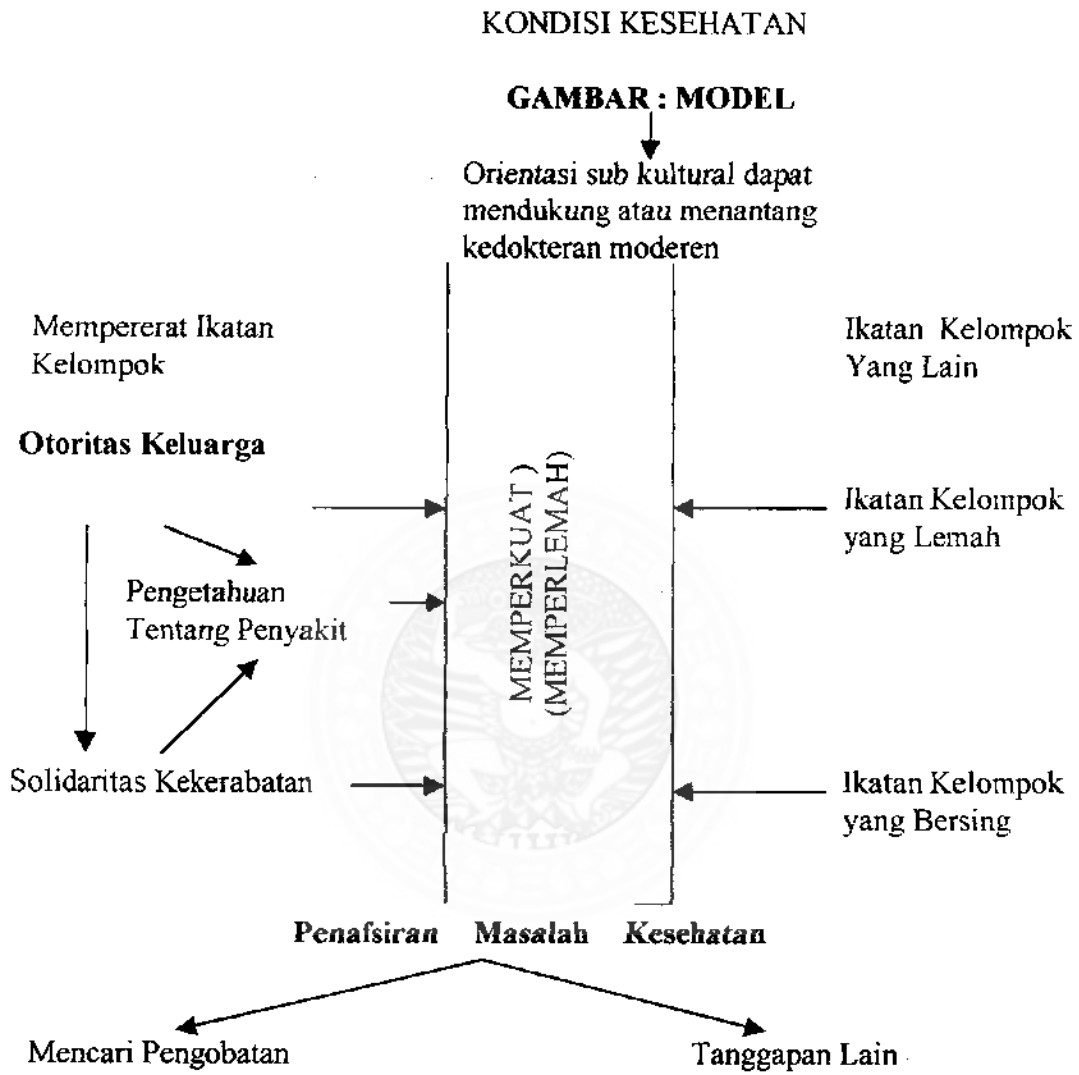
keluarga sangat berperan penting sebagai model yang diikuti dan dipatuhi oleh anggota keluarga lainnya.

2.8.3.3 Determinan Sosial.

Selama ini penelitian kesehatan yang menyangkut istilah sosial lebih banyak berkaitan dengan umur, jenis kelamin dan suku bangsa. Namun saat ini menurut Gochman perhatian sudah mulai difokuskan pada karakter struktur sosial dan jaringan karakteristik, termasuk penelitian terhadap karakter ikatan sosial dan hubungannya.

Salah seorang yang cukup berjasa dalam melihat dimensi organisasi kelompok masyarakat dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dalam penelitiannya adalah **Suchman** (1975/1972, 132). Suchman dalam penelitiannya mengintegrasikan demografi, struktur keluarga dan status sosial dalam upayanya menggunakan karakteristik kelompok untuk meramalkan pemanfaatan pelayanan kesehatan serta sikap terhadap kedokteran modern. Dia kemudian menyimpulkan bahwa tingkat kekuatan “otoritas keluarga”, “solidaritas kekerabatan” dan “ikatan kesukuan” memiliki kecenderungan mengelompokkan diri (parochialism) dibanding dengan sikap kemoderenan/keterbukaan (cosmopolitanism). Orientasi individu diukur dengan tingkat pengetahuannya tentang penyakit dan pengobatan. Kuatnya

ikatan ini melatarbelakangi pola kepercayaan tentang sakit dan pelayanan kesehatan yang pada akhirnya mempengaruhi pola pemanfaatan pelayanan kesehatan. **Geertsen, Klauber, Rindflesh, Kane dan Gray (1975, 136)** selanjutnya menyempurnakan model yang diperkenalkan oleh Suchman yang kemudian dikenal dengan Utah Model. Dalam Model Utah, Otoritas keluarga, solidaritas kekerabatan dan pengetahuan individu tentang penyakit akan memperkuat penafsiran seseorang tentang potensi permasalahan kesehatan. Dari sini akan nampak apakah mereka berusaha mencari pertolongan kesehatan atau berkesimpulan lain.



Gambar 2.6 Model Utah

Sumber : Health Behavior Emerging Research Perspectives, 1988, Hal. 138
Model Kepercayaan Kesehatan

2.9. Kerangka Berfikir

2.9.1 Tabel dan Gambar

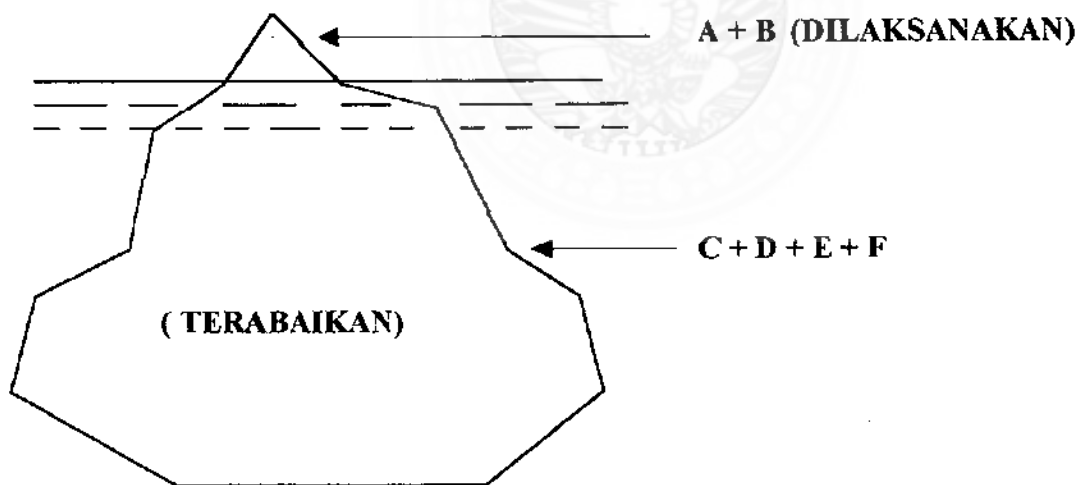
INFORMAN SETTING	PETUGAS KESEHATAN	PENDERITA	YANG LAIN
UNIT PELAYANAN KESEHATAN	A	B	C
LINGKUNGAN	D	E	F

Tabel 2.3 Potensi Sumber Data Pelaporan Surveilans

Enam segmen yang terlukis diatas memperlihatkan seluruh potensi sumber data surveilans yang dapat dimanfaatkan oleh Puskesmas. Namun pada kenyataannya, data yang diperoleh untuk keperluan Laporan Kesakitan di Puskesmas (LB1) hanya yang berasal dari petugas pencatatan di unit pelayanan kesehatan (segmen A) dan penderita yang datang ke Puskesmas atau Puskesmas Pembantu (segmen B). Berdasarkan kenyataan ini, sedemikian besar potensi sumber data surveilans yang hilang dan tidak tercatat. Dari tabel diatas nampak bahwa potensi orang tua, teman dan tetangga yang melaporkan penderita ke Puskesmas (segmen C) tidak berjalan. Segmen D dimana petugas Puskesmas mencari penderita dilapangan, juga tidak tercermin dalam Laporan LB1. Padahal ini merupakan tugas pokok seorang petugas Puskesmas untuk mencover wilayah kerjanya dalam mendeteksi adanya penderita penyakit menular. Potensi lainnya yang juga tidak kalah penting untuk mendapatkan data surveilans adalah kesediaan penderita (segmen E) dan keluarga, teman atau tetangga (segmen F) untuk melaporkan adanya penderita

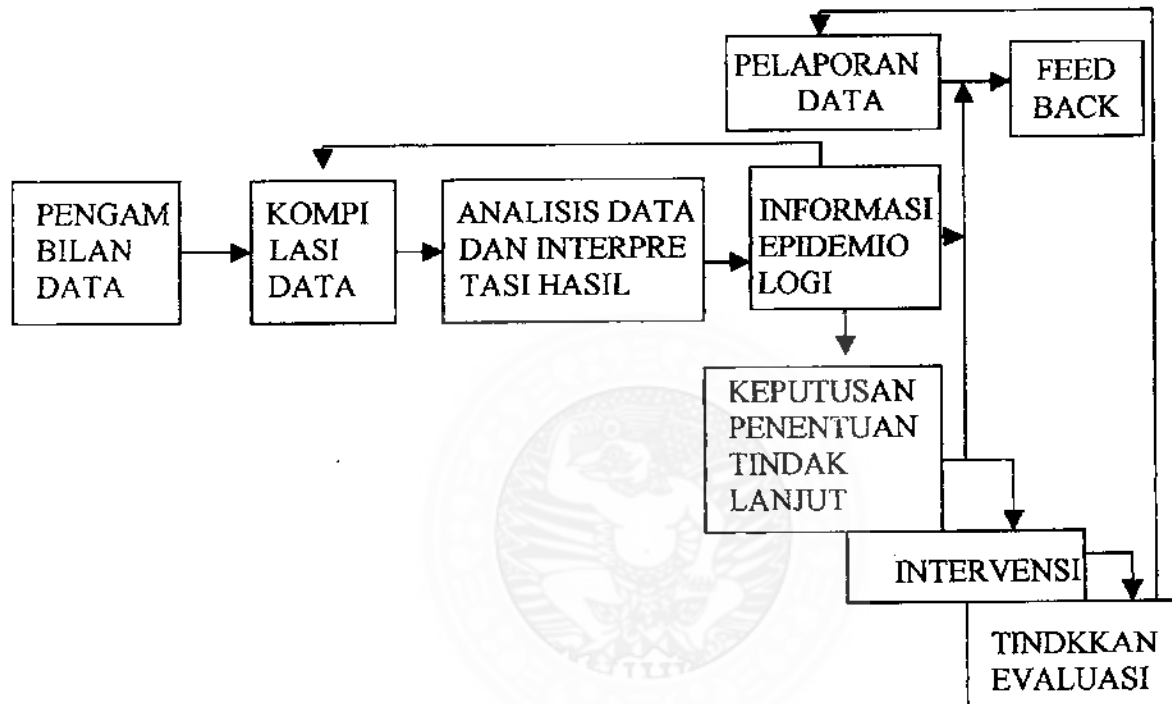
kepada aparat desa atau tokoh masyarakat setempat. Laporan ini kemudian diharapkan akan diambil oleh petugas Puskesmas atau Puskesmas Pembantu.

Kenyataan ini dapat dilihat dari besarnya kesenjangan antara hasil Laporan Kesakitan di Puskesmas (LB1) tentang penyakit frambusia diseluruh Kecamatan Lakudo, selama satu tahun dibandingkan dengan Laporan Hasil Pelacakan Petugas Frambusia Kabupaten bersama petugas Puskesmas Pembantu Desa Lolibu. Melalui diagram Fenomena Gunung Es, akan nampak jelas, betapa besar potensi sumber data yang tidak dimanfaatkan yang pada gilirannya memberikan gambaran semu tentang situasi kesehatan masyarakat yang ada.



Gambar 2.7 Fenomena Gunung es kasus frambusia di Kecamatan Lakudo, Kabupaten Buton, tahun 2002, berdasarkan potensi sumber data Pada tabel 2.3

Berikut ini diperlihatkan gambaran bagaimana bagan surveilans yang diharapkan akan memperoleh data yang optimal di masyarakat, sama sekali mengabaikan partisipasi masyarakat, sekolah maupun aparat desa.



Gambar 2.9 Bagan Alur Surveilans Epidemiologi
 Sumber: Departemen Kesehatan RI, Pedoman Surveilans
 Epidemiologi Penyakit Menular, 1994, 7

Anggapan bahwa petugas kesehatan akan mampu memperoleh semua informasi yang dibutuhkan dari masyarakat tanpa peran serta masyarakat, sudah saatnya untuk dibuang jauh-jauh. Sudah saatnya Departemen Kesehatan merangkul semua potensi yang ada di masyarakat untuk ikut serta memberikan kontribusi berupa informasi yang diperlukan dalam perencanaan kesehatan yang benar-benar bermanfaat dan dinikmati sebaik-baiknya oleh masyarakat.

Dari diagram di atas terdapat tiga titik kritis yang perlu mendapat perhatian serius dalam mengembangkan model surveilans. Pertama adalah pengumpulan data, merupakan titik yang paling kritis dari seluruh bagan, karena semua problem perencanaan kesehatan bermula dari titik ini. Dengan hanya mengandalkan petugas kesehatan dengan sistim pelaporan yang ada, terbukti bahwa data yang diperoleh tentang penyakit frambusia sangat jauh dibawah angka yang sesungguhnya. Untuk menanggulangi permasalahan ini maka partisipasi masyarakat perlu dimasukkan sebagai salah satu komponen pendukung dalam pengembangan model surveilans. Yang dimaksud masyarakat disini adalah semua unsur diluar petugas kesehatan yang dapat berarti masyarakat umum, sekolah, dan aparat pemerintah desa dll. yang dapat memberikan kontribusi perolehan data.

Titik kritis yang kedua adalah pada analisis dan interpretasi data. Kelemahan yang ada pada titik ini adalah analisis yang keliru karena data yang masuk tidak benar, sehingga interpretasinya menyimpang dari keadaan yang sesungguhnya. Kelemahan yang lain adalah masih adanya petugas yang belum mampu menganalisis dengan tepat serta menginterpretasikan data yang ada sebagai informasi yang bermanfaat untuk perencanaan dan feed back kepada pelapor dan masyarakat.

Titik kritis ketiga adalah pada perencanaan dan pengambilan tindakan. Karena datanya salah dan kemudian analisa dan interpretasi datanya menyimpang, sehingga perencanaan dan pengambilan tindakanpun tidak menyelesaikan permasalahan yang ada.

Namun dari ketiga titik kritis yang ada, yang menjadi perhatian dan pokok pembahasan dalam penelitian ini adalah pengumpulan data.

Untuk memanfaatkan partisipasi masyarakat sebesar-besarnya dalam pengumpulan data penyakit frambusia, maka beberapa model perilaku berikut ini perlu dipertimbangkan untuk menunjang optimalisasi perolehan data surveilans di lapangan.

2.9.2 Kontribusi Tingkatan Kebutuhan oleh Abraham Maslow.

Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan fisik seperti makan minum pakaian dan perumahan. Tingkat Kebutuhan ini masih mendominasi masyarakat di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo. Untuk itu dalam upaya menggalang partisipasi masyarakat untuk ikut memberikan kontribusi dalam perolehan data surveilans tentang penyakit frambusia, perlu diperhatikan tingkat kebutuhan tersebut

2.9.3 Kontribusi Model Kepercayaan Kesehatan oleh Irwin Rosenstock

Model ini memegang peranan penting untuk memahami persepsi masyarakat tentang penyakit frambusia dan kemungkinan mereka tertular penyakit tersebut. Dari model ini pula petugas kesehatan memahami mengapa penderita atau keluarganya mau melapor atau mencari pengobatan.

2.9.4 Kontribusi Model Utah oleh Geertsen dkk.

Model ini menjelaskan peranan otoritas keluarga dan ikatan kekerabatan dalam menentukan upaya untuk mencari pengobatan atas suatu penyakit, atau bertindak lain.

2.10 Nominal Fokus Group Diskusi Technics (NFGDT)

2.10.1 Definisi

Fokus group diskusi (FGD) adalah kelompok individu yang dipilih dan dikumpulkan oleh peneliti untuk mendiskusikan dan mengomentari suatu subyek yang diteliti berdasarkan pengalaman pribadi masing-masing (Powell, 1996), kelompok ini bersifat homogen.

Sedangkan Nominal Fokus Group Diskusi Teknik (NFGDT) adalah kelompok individu yang dipilih oleh peneliti untuk mendapatkan informasi tentang penyakit frambusia berdasarkan pengalaman pribadi masing-masing, kelompok ini bersifat heterogen.

2.10.2 Tujuan

2.10.2.1 Untuk menemukan rentang atau luasnya opini atas suatu persoalan dalam hal ini adalah penyakit frambusia

2.10.2.2 Untuk mengumpulkan berbagai variasi istilah dan ungkapan-ungkapan lokal menyangkut penyakit frambusia.

2.10.2.3 Untuk memperoleh makna dibalik hasil survei atau penelitian yang tidak dapat diungkap secara statistik.

2.10.3 Materi yang dibutuhkan

2.10.3.1 Tape recorder

2.10.3.2 Kamera video

2.10.3.3 Kamera

Baik kamera video maupun tape recorder bermanfaat untuk diputar kembali setelah diperoleh informasi melalui kuestioner, apabila dirasa masih kurang informasi yang dibutuhkan.

2.10.4 Prosedur

2.10.4.1 Tentukan peserta dan jumlahnya, yang terdiri dari sektor terkait yakni Asisten II Kantor Bupati, Ketua Bappeda, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Kecamatan Lakudo, Komisi E DPRD Kabupaten Buton, Dinas Pendidikan dan Kebudayaan, Kepala Puskesmas Lakudo, Kepala Subdin P2 & PL serta Kepala Seksi P2M dan Kepala Seksi Pengamatan Dinas Kesehatan Kabupaten Buton.

2.10.4.2 Siapkan kuestioner untuk para pengambil kebijakan.

2.10.4.3 Perkenalkan diri, sebelum membagikan kuestioner

2.10.4.4 Terangkan secara jelas dan tujuan diadakan penelitian yakni untuk mendapatkan pandangan peserta tanpa menentukan mana yang benar dan mana yang salah.

2.10.4.5 Ucapkan terima kasih secara tulus atas sumbangan pandangan dan pengalaman mereka.

2.10.5 Managemen, Review dan Manfaat Informasi.

2.10.5.1 Semua informasi yang diberikan terekam dalam kuestioner.

2.10.5.2 Putar ulang tape atau kamera video untuk menyesuaikan dengan catatan yang ada, tambahkan yang masih kurang.





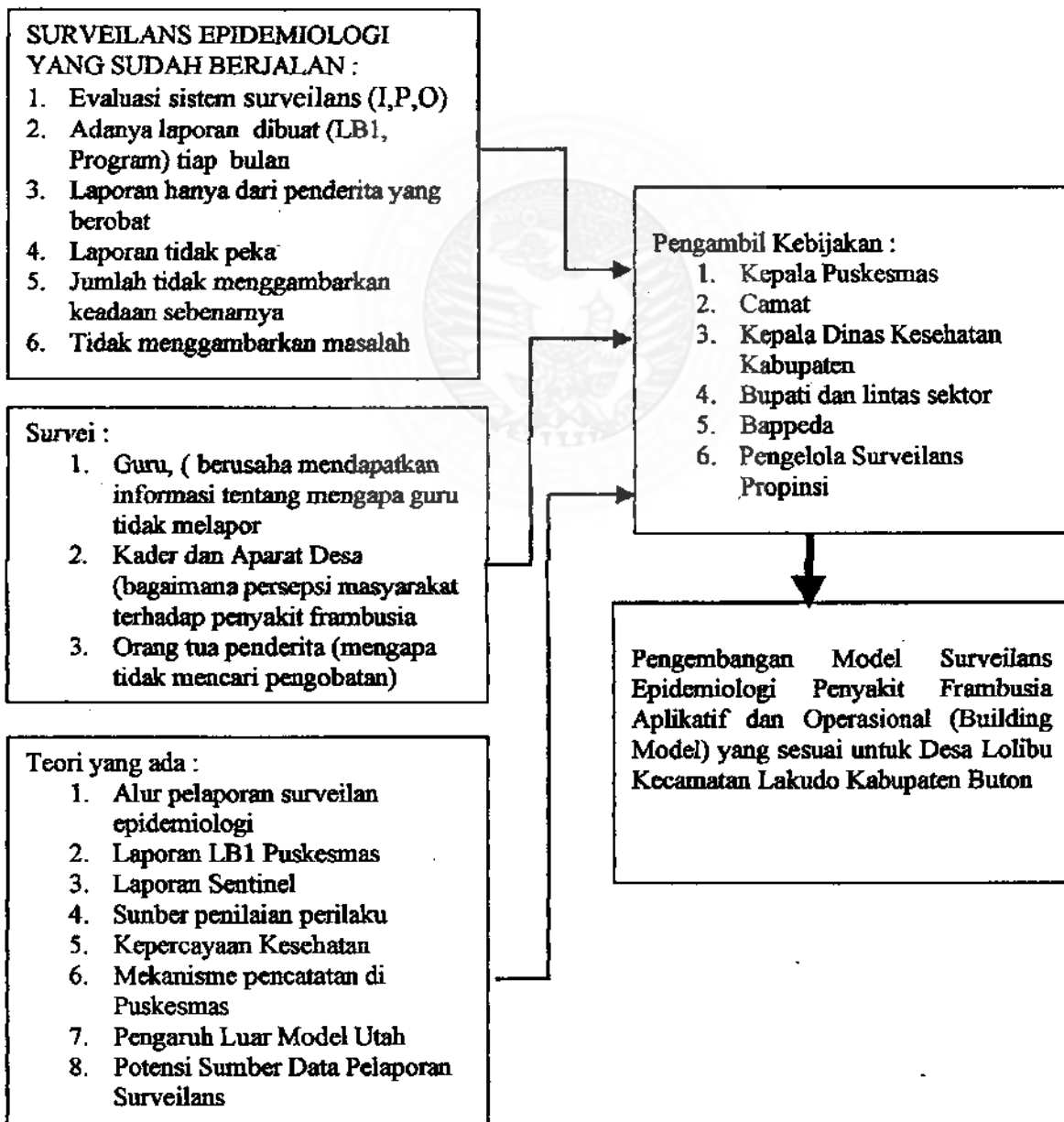
BAB 3

KERANGKA KERJA PENELITIAN

BAB 3

Kerangka Kerja Penelitian

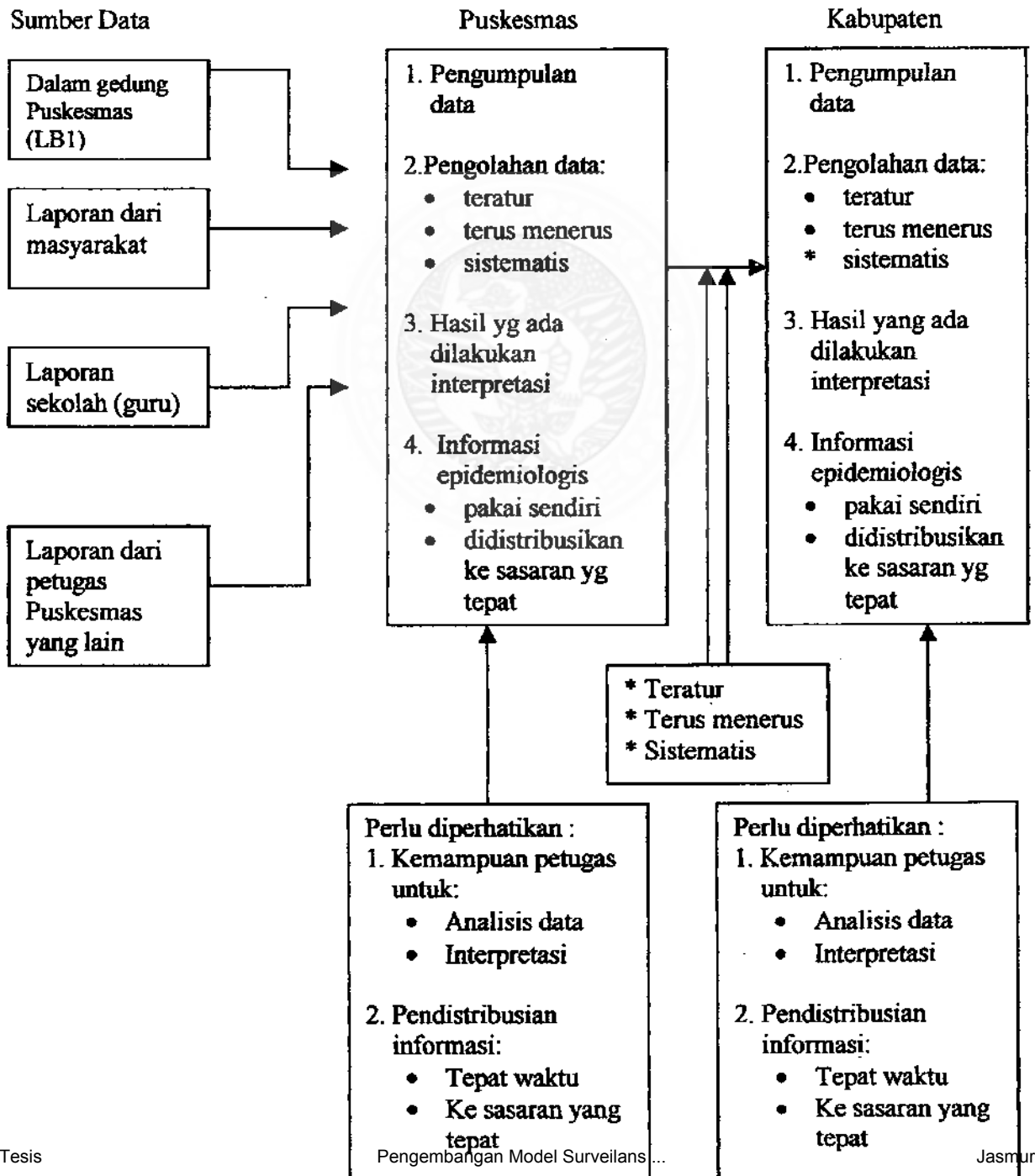
Sebagai penuntun alur berpikir dalam mengembangkan model surveilans epidemiologi penyakit frambusia maka akan dikembangkan suatu kerangka kerja penelitian seperti gambar 3.1 dibawah ini:



Gambar 3.1 : Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja penelitian yang digambarkan pada gambar 3.1 diatas menunjukkan bahwa ada 4(empat) yang berperan dalam pengembangan model surveilans penyakit frambusia yakni terdiri dari:

3.1 Evaluasi terhadap sistem surveilans yang telah berjalan



Gambar 3.2 : Evaluasi Alur Surveilans Epidemiologi di Kab. Buton & Kec. Lakudo

Kegiatan surveilans epidemiologi yang ada dan telah berjalan meliputi adanya petugas yang melaksanakan kegiatan surveilans Puskesmas, adanya laporan dibuat (LB1 yang dibuat tiap bulan dan laporan pelaksanaan program pemberantasan penyakit frambusia). Laporan yang dilaporkan hanya berasal dari penderita yang berobat, laporan tidak peka dan jumlah tidak menggambarkan keadaan sebenarnya.

3.2 Studi Eksploratif

Sasaran survei mencakup: guru, kader kesehatan, aparat desa dan orang tua penderita sehingga diperoleh informasi tentang perasaan dan pengalaman mereka terhadap penyakit frambusia.

3.3 Teori Mendukung

Adanya teori yang mendukung terlaksananya kegiatan surveilans epidemiologi penyakit frambusia di Puskesmas Lakudo.

3.4 Adanya nominal fokus group diskusi teknik (NFGDT)

Adanya nominal fokus group diskusi teknik (NFGDT) dengan para pengambil kebijakan untuk menemukan rentang atau luasnya opini atas persoalan penyakit frambusia di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo khususnya dan Propinsi Sulawesi Tenggara umumnya.

Pengembangan model surveilans epidemiologi penyakit frambusia di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo (Belding Model) namun mendekati keadaan sebenarnya, disusun berdasarkan kombinasi keempat komponen tersebut diatas yang meliputi: surveilans yang sudah ada dan telah berjalan, survei yang akan dilakukan, teori yang ada dan menunjang pelaksanaan kegiatan surveilans epidemiologi serta adanya fokus group diskusi dengan para pengambil kebijakan.



BAB 4

PELAKSANAAN PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian studi eksploratif kuantitatif yang dilakukan untuk “Pengembangan Model Surveilans Epidemiologi Penyakit Frambusia” dengan pendekatan survei. Hal ini sesuai yang dikatakan oleh Wirawan (Soeyanto dkk, 1995, 201) penelitian survei mempunyai ciri khas: mempunyai ciri khas yakni ukuran sampel yang besar dan pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner secara terstruktur.

Penelitian untuk para pengambil kebijakan melalui pendekatan Nominal Fokus Group Diskusi Teknik untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan untuk pengembangan model surveilans epidemiologi penyakit frambusia. Pada penelitian ini merupakan kombinasi dari Fokus Group Diskusi dan merupakan penelitian kualitatif sesuai yang dijelaskan oleh Thomas L. Greenbaum dalam buku *The Practical Handbook and Guide to Focus Group Research* (1988, 10-15) dan Doris Milton, PhD, RN dalam tulisannya *Applying Research to Nursing Practice* (2003, 3-4). Penelitian kuantitatif mempunyai ciri khas:

4.1.1 Ukuran sampel yang kecil (Greenbaum, 1984, 11) dan tidak ditetapkan sebelumnya akan tetapi disesuaikan dengan kebutuhan untuk mendapatkan informasi yang diinginkan, pengumpulan data

dilakukan dengan menggunakan kuestioner tertutup yang dibagikan pada para pengambil kebijakan, apabila informasi yang perlukan masih kurang maka dilakukan wawancara. (Doris Milton, 2003, 3).

- 4.1.2 Kuestioner tidak terstruktur, berupa daftar pertanyaan terbuka (Greenbaum, 1988, 11, dan NHMRC, 2003, 1)
- 4.1.3 Bertujuan untuk memperoleh pengertian dan pengalaman yang lebih mendalam (Greenbaum, 1988, 11, dan NHMRC, 2003, 1) atau pemahaman terhadap pengalaman tertentu dan sebagai dasar untuk membangun teori yang baru (Doris Milton, 2003, 3)

4.2 Alasan dilakukan penelitian studi eksploratif adalah:

- 4.2.1 Untuk menemukan faktor-faktor terselubung di masyarakat dan petugas kesehatan serta aparat lain yang tidak dapat diungkap secara statistik (Dawson, Manderson and Tallo, 1993, 1, Internet).
- 4.2.2 Untuk menjelaskan arti angka-angka yang diperoleh dari laporan yang sudah ada untuk menjelaskan fenomena gunung es halaman 52 (Dinas Kesehatan Kabupaten Buton, 2002)
- 4.2.3 Untuk merancang dan menegakkan model surveillance epidemiologi penyakit frambusia berbasis masyarakat yang aplikatif dan dapat diterapkan.
- 4.2.4 Untuk memperoleh data tentang persepsi tokoh masyarakat dan petugas kesehatan terhadap penyakit frambusia

4.3 Tahapan Penelitian:

Penelitian ini dilakukan tiga tahap:

- 4.3.1 Evaluasi sistem surveilans berdasarkan input, proses dan output untuk mendapatkan gambaran surveilans epidemiologi penyakit frambusia di Kecamatan Lakudo, Kabupaten Buton Propinsi Sulawesi Tenggara.
- 4.3.2 Melakukan studi eksploratif untuk menggali informasi tentang perasaan, pandangan dan pengalaman responden terhadap penyakit frambusia.
- 4.3.3 Melaksanakan nominal focus group discution technics (NFGDT) dengan para pengambil kebijakan untuk mendapatkan gambaran rentang opini dan pengalaman peserta baik dari Tingkat Kecamatan maupun Kabupaten, tentang pemberantasan penyakit frambusia, yang diharapkan akan memberikan kontribusi terhadap pengembangan model surveilans penyakit frambusia berbasis masyarakat yang tepat untuk Desa Lolibu Kecamatan Lakudo.

4.4 Lokasi dan waktu Penelitian.

4.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Desa Lolibu Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton Propinsi Sulawesi Tenggara. Dipilihnya lokasi tersebut melalui beberapa pertimbangan antara lain, karena Desa Lolibu merupakan Desa dengan jumlah kasus frambusia menular paling banyak dan merupakan daerah program pemberantasan, kepedulian pemerintah Kecamatan cukup positif untuk pemberantasan,

berbatasan dengan Kecamatan Mawasangka serta merupakan lintas batas dengan Kabupaten Muna, serta mempunyai riwayat catatan medis (medical record) yang memadai.

4.4.2 Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan dari bulan Juli sampai dengan Agustus 2003.

4.4.3 Penderita dalam penelitian ini adalah anak dibawah 15 tahun yang pernah menderita penyakit frambusia dan didiagnosa oleh petugas kesehatan.

4.5 Populasi dan sampel penelitian

4.5.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah:

4.5.1.1 Tokoh masyarakat baik formal (guru, aparat Desa Lolibu) dan non formal (kader kesehatan) yang berjumlah 22 orang,

4.5.1.2 Tenaga Puskesmas Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton berjumlah 14 orang.

4.5.1.3 Orang tua penderita sebanyak 55 orang

Dengan demikian total populasi sebanyak 91 orang

4.5.1.4 Untuk Nominal Fokus Group Diskusi Technick (NFGDT) pesrtanya terdiri dari : Asisiten II Kantor Bupati (yang membidangi bisang Kesra dan Kesehatan), DPRD Kmisi E, Bappeda, Dinas Pendidikan Nasional, Dinas Kesehatan, Camat Lakudo dan Puskesmas Lakudo.

4.5.2 Sampel Penelitian

4.5.2.1 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian kualitatif untuk pengambil kebijakan kecil dan tidak ditetapkan (Elder, dkk, 1994, 108) dan (Greenbaum, 1988, 11). Namun menurut Twentyten Research memberikan gambaran besar sampel penelitian kualitatif antara 15-20 orang, sementara Doris Milton (2003, 3) menetapkan besar sampel untuk penelitian kualitatif antar 7 – 12 orang, dengan alasan penelitian ini ditekankan pada pemahaman yang mendalam terhadap suatu pengalaman atau untuk mengembangkan model / teori.

Sedangkan besar sampel dalam penelitian kuantitatif dihitung dengan menggunakan rumus Zainuddin, 1977 dalam Tesis Dahlia, 2001 sebagai berikut :

$$n = \frac{N Z \alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z \alpha^2 p \cdot q}$$

Keterangan :

n = Besar sampel = 91

p = Estimasi proporsi populasi yang melaksanakan kegiatan kesehatan di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo, dari 91 orang hanya 21 yang melaksanakan kegiatan dibidang kesehatan, jadi p = 0,23

q = 1 – p = 0,77

Z = Harga standar nominal, dimana $\alpha = 0,05$ sehingga $Z_{\alpha} = 1,96$

N = Jumlah Populasi

d = Penyimpangan yang ditolerir, dimana $d = 5\% = 0,05$

Jadi besar informan dengan menggunakan rumus diatas, dalam penelitian ini dapat dihitung sebagai berikut:

$$n = \frac{91(1,96)^2(0,23)(0,77)}{(0,05)^2(91-1) + (1,96)^2(0,23)(0,77)}$$

$$n = 68,34 = 68 \text{ orang}$$

Walaupun sampel yang telah ditetapkan sebanyak 68 responden, namun setelah di lapangan untuk menambah informasi sampel yang diteliti sebanyak 75 responden dengan perincian masing-masing strata sebagai berikut :

- Guru : dari 11 orang diambil sebanyak 10 orang
- Kader : dari 6 orang diambil sebanyak 3 orang
- Aparat Desa: dari 6 orang diambil 5 orang
- Petugas Puskesmas: dari 14 orang diambil 11 orang
- Orang tu penderita: dari 55, diambil sebanyak 46 orang

Dengan demikian total sampel sebanyak 75 orang.

4.5.2.2 Pemilihan subyek penelitian diambil secara stratified random sampling dan proporsional dari populasi yang ada, namun sampel fleksibel tergantung kepada memadai tidaknya informasi yang dibutuhkan (NHMRC, 2003, 1), Doris Milton (2003, 3)

4.6 Teknik Pengambilan sampel

4.6.1 Untuk tokoh masyarakat

Untuk tokoh masyarakat baik formal maupun informal dan petugas kesehatan, teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel adalah secara lotre.

4.6.2 Untuk Nominal Focus Group Discussion Technics (NFGDT), hanya

terdiri dari satu kelompok yakni para pengambil kebijakan baik di Kecamatan Lakudo maupun di Kabupaten Buton.

4.7 Instrumen Penelitian

Nugroho dan Suyanto (1995, 63) menyatakan bahwa instrumen penelitian merupakan perangkat untuk menggali data primer dari responden sebagai sumber data terpenting dalam sebuah penelitian survei. Dalam penelitian ilmu sosial menurut Suyanto (1995, 64) dikenal dua jenis instrumen penelitian yakni kuesioner dan wawancara atau “interview guide”.

Namun dalam studi eksploratif ini sebagaimana dijelaskan oleh Milton (2003, 3), diperlukan berbagai instrumen tambahan yang akan digunakan untuk menggali sebanyak-banyaknya gambaran yang jelas tentang latar belakang perasaan dan pengalaman-pengalaman responden terhadap penyakit frambusia. Instrumen-instrumen yang akan digunakan dalam survey kuantitatif di masyarakat meliputi:

1. Daftar pertanyaan
2. Catatan
3. Tape Recorder
4. Gambar dan poster

Sementara untuk kegiatan Nominal Group Technics (NGT) dibutuhkan instrumen-instrumen berikut ini.

1. Daftar pertanyaan tertutup
2. Kamera video
3. Catatan.
4. Tape Recorder

Nominal Focus Group Discussion Technics (NFGDT) berjumlah 8 – 10 orang yang terdiri dari: Kepala Puskesmas, Camat, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten (Kasubdin P2, Kasie Surveilans) Bupati, Komosi E DPRD Kabupaten Buton, sektor terkait (Depdikbud) serta Ketua Bappeda Kabupaten Buton.

4.8 Sumber dan prosedur pengumpulan informasi

4.8.1 Sumber informasi

Informasi dalam studi eksploratif yang akan digali dalam penelitian ini berasal dari beberapa sumber yakni:

1. Orang Tua Penderita

Adalah orang tua penderita yang bertempat tinggal di Desa Lolibu, Kecamatan Lakudo.

2. Guru

Adalah Guru SD di Desa Lolibu , Kecamatan Lakudo.

3. Aparat Desa.

Adalah Kepala Desa dan Kepala Dusun di Desa Lolibu.

4. Kader Kesehatan

Adalah Kader Kesehatan di Desa Lolibu, Kecamatan Lakudo

5. Petugas Puskesmas

Adalah Petugas Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Lakudo.

6. Pengambil Kebijakan

Adalah para pejabat tingkat Kabupaten dan Kecamatan yang terkait dengan kebijakan pemberantasan penyakit frambusia.

Sementara informasi kuantitatif yang menjadi dasar pelaksanaan penelitian ini berasal dari data Laporan Kesakitan di Puskesmas Lakudo dan Laporan Hasil Pelacakan Penderita Penyakit Frambusia Dinas kesehatan Kabupaten Buton tahun 2002.

4.8.2 Prosedur Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan berupa data primer diperoleh melalui:

4.8.2.1 Daftar Pertanyaan

4.8.2.2 Wawancara yang dilakukan dengan tuntunan daftar pertanyaan

untuk mengungkapkan sebanyak-banyaknya informasi tentang perasaan dan pengalaman responden

4.8.2.3 Catatan yang memuat penjelasan tentang hal-hal yang mungkin tidak dijelaskan dengan baik oleh responden, atau tidak tertangkap oleh instrumen audio visual.

4.8.2.4 Rekaman hasil wawancara baik dengan menggunakan kamera video maupun tape recorder.

4.9 Cara Pengolahan Data dan Analisis

4.9.1 Cara Pengolahan Data

Cara yang digunakan untuk mengolah data dalam penelitian ini adalah dengan menganalisis penjelasan berdasarkan kluster atau besarnya masalah yang dirasakan oleh responden, atau dikelompokkan berdasarkan keperluan pengembangan Model Surveilans Epidemiologi Penyakit Frambusia. Oleh karena itu dalam penelitian ini tidak berkaitan dengan perhitungan statistik. (Milton 2003, 4)

4.9.2. Analisis

Analisis data dilakukan secara deskriptif untuk menggambarkan masing-masing komponen dinyatakan dalam bentuk tabel.

Untuk pengembangan model surveilans penyakit frambusia dengan membuat matrik dan dilakukan simulasi antar model.

Model yang dikembangkan dengan memperhatikan prioritas besarnya masalah dan informasi yang diperoleh melalui wawancara selama penelitian.



BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Data Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian Kabupaten Buton

Kabupaten Buton merupakan salah satu dari empat kabupaten / kota di Propinsi Sulawesi Tenggara dan terletak di sebelah selatan garis khatulistiwa yang berada diantara $3^{\circ} - 6^{\circ}$ LS dan $120^{\circ} 45' - 121^{\circ} 60'$ BT. Wilayah Kabupaten Buton meliputi sekitar 50 % dari luas wilayah pulau Buton dan 50 % luas wilayah Kabupaten Muna dan 10 % dari luas wilayah jazirah Tenggara Pulau Sulawesi.

Sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Muna, sebelah selatan berbatasan dengan Laut Flores, sebelah timur berbatasan dengan Laut Banda dan sebelah barat dengan Teluk Bone.

Luas wilayah Kabupaten Buton adalah 6.485,26 KM terdiri dari 1.931,26 KM wilayah daratan dan 4.554,00 KM wilayah perairan. Secara administrasi Kabupaten Buton terdiri dari 25 Kecamatan, 7 (28 %) diantaranya berjangkit penyakit frambusia menular. Dari tujuh kecamatan (315 desa), 23 di antaranya (7 %), ditemukan kasus frambusia menular dengan jumlah penduduk sebanyak 435.888 jiwa. Sarana pelayanan kesehatan terdiri dari 36 Puskesmas dan 124 Puskesmas pembantu

Berdasarkan registrasi jumlah penduduk pada akhir tahun 2000 oleh BPS, jumlah penduduk Kabupaten Buton sebanyak 533.102 jiwa yang tersebar hampir merata di setiap kecamatan. Hanya ada satu kecamatan yang jumlah penduduknya < 10.000 jiwa yakni kecamatan Sorawolio dengan jumlah penduduk sebanyak 5.604 jiwa. Sedangkan kecamatan yang paling besar penduduknya adalah Kecamatan Betoambari (48.884 jiwa) dan kecamatan Wangi-wangi (42.879 jiwa). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada lampiran 11.

Jumlah desa tertinggal pada akhir tahun 2000 adalah 138 Desa (39,54 %), dibandingkan dengan tahun 1999 yang mencapai 154 Desa (44,12 %). Penurunan jumlah desa tertinggal ini tidak dibarengi dengan penurunan jumlah penduduk, hal ini terlihat adanya peningkatan jumlah penduduk yang tersebar di Desa tertinggal dari 119.476 jiwa (24,2 %) tahun 1999 menjadi 193.773 jiwa (36,35 %) pada tahun 2000. Ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2

**Jumlah Desa / Kelurahan. Jumlah Penduduk, Jumlah Kepala Keluarga (KK)
Dan Rata-Rata Jiwa / KK Pada Desa Tertinggal Menurut Kecamatan
Di Kabupaten Buton Tahun 2000**

No	Kecamatan	Jumlah Desa kelurahan	Jumlah Desa / Kelurahan Tertinggal	% Desa / Kelurahan tertinggal	Jumlah Penduduk Desa Tertinggal	Jumlah KK di Desa Tertinggal	Rata-rata Jiwa KK Di Desa Tertinggal
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Binongko	10	8	80.00	4.175	902	5
2	Tomia	16	8	50.00	8.219	2.424	3
3	Kaledupa	16	10	62.5	9.236	2.677	3
4	Wang-Wangi	22	16	72.73	38.021	7.844	5
5	Lasalinu	26	3	11.54	3.939	922	4
6	Pasar Wajo	28	6	21.43	8.921	1.748	5
7	Sampolawa	22	9	40.91	10.422	1	7
9	Batauga	21	10	47.62	13.333	1.55	5
9	Sorawolio	4	0	0.00	0	2.945	0
10	Bungil	7	1	14.29	2.219	0	9
11	Kapontori	10	5	50.00	6.219	260	5
12	Gu	15	2	13.33	3.558	1.444	5
13	Lakudo	12	5	41.67	10.185	743	5
14	Mawasangka	30	13	43.33	13.659	1.852	4
15	Kabaena	15	4	26.67	2.944	3.051	3
16	Kabaena Timur	13	7	53.85	10.153	855	5
17	Poleang	14	7	50.00	11.938	2.088	5
18	Poleang Timur	15	7	46.67	12.274	2.519	5
19	Rarowatu	12	7	58.33	4.901	2.599	5
20	Rumbia	14	5	35.71	6.667	1.002	4
21	Wolio	12	2	16.67	4.176	1.708	5
22	Betoambari	15	3	20.00	7.842	902	5
	Kabupaten	349	138	39.54	193.772	41.689	5

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Buton 2000

Kepadatan penduduk Kabupaten Buton juga meningkat dalam dua dekade. Tahun 1999 kepadatan penduduk sebesar 76 jiwa/KM², yang meningkat menjadi 82 jiwa/KM² pada tahun 2000.

Tingkat Pendidikan yang ditamatkan dapat memberikan gambaran keadaan kualitas sumber daya manusia. Tingkat pendidikan terbesar adalah tidak tamat SD atau belum tamat SD sebesar 223.929 jiwa (42 %). Urutan kedua ditempati tamat SD sebesar 131.060 jiwa (24,58 %), disusul tamat SLTP sebesar 55.306 (10,37 %). Sangat disayangkan di daerah ini, masih ditemukan penduduk yang buta huruf sebesar 440 jiwa (0,008 %). Secara rinci sebaran penduduk menurut pendidikan terlihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3 Jumlah Penduduk Berumur 5 Tahun Keatas Menurut Tingkat Pendidikan di Kabupaten Buton tahun 2000

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Buta Huruf	440	0,008
Tidak Tamat SD atau Belum Tamat SD	223.929	42,00
Sekolah Dasar	131.060	24,58
SLTP	55.306	10,37
SLTA	44.366	8,32
DI/DII	2.006	0,38
Akademi (DIII)	1.301	0,30
Perguruan Tinggi (PT)	4.408	0,88

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Buton tahun 2000.

5.1.2 Lokasi penelitian Desa Lolibu Kecamatan Lakudo

Desa Lolibu terletak di Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton. Secara geografis Desa ini berbatasan dengan kecamatan dan desa lainnya sebagai berikut:

- ❖ Sebelah Utara : Desa Wajo GU
- ❖ Sebelah Timur : Desa Metere
- ❖ Sebelah Selatan : Teluk Lasongko
- ❖ Sebelah Barat : Kecamatan Mawasangka

Luas wilayah Desa Lolibu sebesar 4.700 km², yang terdiri dari 4 (empat) Dusun yakni Dusun Lolibu, Tongkuno, Litongku dan Molampino. Untuk mencapai Desa Lolibu dapat ditempuh melalui jalan darat dengan menggunakan kendaraan roda empat, roda dua, dan jalan kaki atau menggunakan motor laut. (Laporan Desa Lolibu, 2001).

5.1.2 Keadaan demografi dan sosial

Jumlah penduduk Desa Lolibu berdasarkan laporan Desa Lolibu tahun 2001 tercatat sebesar 2.665 jiwa, yang terdiri dari 1340 jiwa (50,28 %) laki-laki dan 1325 jiwa (49,72 %) perempuan dengan sex ratio sebesar 1,008, dan jumlah kepala keluarga sebanyak 593 KK.

Komposisi penduduk menurut jenis kelamin dan golongan umur dapat dilihat pada tabel 5.4 sebagai berikut :

Tabel 5.4 Jumlah Penduduk menurut jenis kelamin dan golongan umur di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo tahun 2001

Golongan Umur (th)	Laki – laki	Perempuan	Jumlah	Persen
Kurang dari 1	61	57	118	4,42
1 - 4	192	183	375	14,07
5 - 14	266	239	505	18,94
15 - 44	674	695	1.369	51,36
45 - 64	96	98	194	7,29
Lebih dari 65	51	53	104	3,92

Sumber : Data Desa Lolibu Kecamatan Lakudo tahun 2001.

Untuk menunjang jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Desa Lolibu, terdapat 1 Puskesmas Pembantu, 1 buah Polindes dan 1 buah Posyandu. Sedangkan sarana pendidikan terdapat 3 buah sekolah dasar.

Mata pencaharian penduduk di Desa Lolibu sebagian besar adalah petani yakni 83,2%, kemudian nelayan 8,5%, pedagang 3,5%, buruh bangunan 2,4%, dan pegawai negeri sebesar 1,9 %.

Untuk sarana sanitasi terutama air bersih berasal dari pergunungan yang dialirkan melalui perpipaan ke Desa Lolibu. Hanya saja, debit air dari perpipaan ini tidak mencukupi. Setiap hari masing-masing keluarga hanya memperoleh jatah air sebanyak 160 liter, (delapan jerigen berisi 20 liter), yang digunakan untuk keperluan sehari-hari, sehingga tidak mencukupi.

5.2 Analisis dan hasil penelitian

5.2.1 Evaluasi sistem surveilans yang telah berjalan di Puskesmas Lakudo dan Dinas Kesehatan Kabupaten Buton tahun 2003.

5.2.1.1 Evaluasi sistem surveilans di Puskesmas Lakudo tahun 2002.

Untuk mengevaluasi hasil kegiatan surveilans, seperti yang terdapat pada Bagan di halaman 61, sebagai berikut :

◆ Ketenagaan

Dari hasil wawancara dengan petugas Puskesmas Lakudo diperoleh gambaran informasi sebagai berikut :

- Tenaga yang melaksanakan kegiatan surveilans dan program frambusia dilakukan oleh dua orang tenaga berpendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK).
- Lama kedua tenaga tersebut bekerja lebih kurang 12 tahun
- Pelatihan yang pernah diikuti adalah pelatihan surveilans, sementara pelatihan frambusia belum pernah
- Mempunyai tugas rangkap sebagai petugas Puskesmas Pembantu di Desa Waara

◆ Pengumpulan data

- Sumber data.
- ◆ Data yang dikumpulkan berasal dari laporan dalam gedung Puskesmas, laporan dari Puskesmas Pembantu

dan laporan Posyandu yang dimasukkan dalam laporan rutin Puskesmas (SP2TP), sedangkan laporan dari programer frambusia dan petugas kesehatan lainnya hanya secara insidental bila diperlukan.

- ◆ Guru sekolah dasar, masyarakat termasuk aparat Desa, maupun kader kesehatan belum pernah melapor ke Puskesmas tentang adanya kasus frambusia di wilayah kerjanya.
- ◆ Dalam pengumpulan data sebelum dibuat laporan resmi, petugas menggunakan buku bantu.
 - Waktu pengumpulan data
- ◆ Data yang dikumpulkan berasal dari register harian Puskesmas yang dikumpulkan setiap hari, sedangkan laporan dari Pustu, Polindes dan kegiatan lapangan program dikumpulkan setiap 3(tiga) bulan sekali
 - Data yang dikumpulkan meliputi:
- ◆ Data kesakitan dan data pemberian obat, sedangkan pemeriksaan kontak dan data logistik lainnya tidak dihimpun.
- ◆ Pengolahan data
- ◆ Data yang dikumpulkan setiap bulan hanya berupa laporan rutin yang tidak diolah. Alasan petugas adalah bahwa data tersebut tidak perlu disajikan, disamping tidak

tahu cara pengolahannya. Disamping itu, tidak ada supervisi dan teguran baik dari Kepala Puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buton

- ◆ Data dikumpulkan setiap bulan secara terus menerus dan dikirim sebagai laporan rutin Puskesmas
- ◆ Secara umum data yang dikumpulkan belum sistematis dan hanya berkisar pada tahap pengumpulan yang langsung dikirim berupa laporan SP2TP.
- ◆ Data yang ada tidak dianalisis baik menggunakan indikator program (prevalens) sehingga sinyal epidemiologis tidak muncul akibat kurang bahan dan tidak diolah.
- ◆ Penyebaran informasi
- ◆ Data yang telah dikumpulkan dan dibuat laporannya, kemudian dikirim ke Dinas Kesehatan kabupaten Buton.
- ◆ Laporan yang ada tidak pernah dibicarakan dengan sektor terkait maupun dalam mini-lokakarya di Puskesmas. Ini dibuktikan dengan tidak ditemukan dalam notulen rapat setiap bulannya di Puskesmas
- ◆ Pembiayaan

Pembiayaan untuk kegiatan surveilans di puskesmas tidak tersedia. Ini tidak mengherankan karena petugas surveilans di kecamatan sendiri kurang memahami apa

sesungguhnya tugas-tugas surveilans itu. Akibatnya, petugas surveilans hanya mengerjakan pekerjaan rutin berupa pengumpulan data penyakit yang masuk ke puskesmas. Dalam keadaan seperti ini petugas surveilans di Puskesmas tidak membayangkan rumitnya tugas-tugas surveilans sesungguhnya, yang menyangkut pemantauan perkembangan penyakit secara terus menerus baik di lapangan maupun di Puskesmas. Padahal hasil kerja surveilans ini merupakan masukan yang sangat diperlukan dalam merencanakan kegiatan dan pembiayaan program untuk tahun-tahun berikutnya. Hal ini belum pernah dibicarakan di tingkat Puskesmas. Data yang masuk ke pemerintah daerah baik eksekutif maupun legislatif hanyalah data Laporan SP2TP yang hanya merupakan puncak kerucut dari gunung es penyakit yang tidak terdeteksi. Kesenjangan data yang ada pada pemerintah ini, berdampak pada kecilnya anggaran yang dialokasikan oleh pemerintah daerah terhadap kegiatan surveilans.

5.2.1.2 Evaluasi sistem surveilans di Tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Tahun 2002

◆ Ketenagaan

Dari hasil wawancara dengan Kepala Subdin Pencegahan Penyakit dan Lingkungan Pemukiman, Kepala Seksi

Pencegahan Penyakit, Kepala Seksi Pengamatan Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Buton, diperoleh gambaran informasi sebagai berikut :

- Petugas yang menangani kegiatan surveilans di Kabupaten Buton sebanyak 2(dua) orang, satu orang sarjana kesehatan masyarakat (SKM) dan satu orang lulusan D3 (Ahli Madya).
 - Lama bekerja lebih kurang 12 tahun
 - Pelatihan yang pernah diikuti adalah pelatihan surveilans, sementara pelatihan frambusia belum pernah
- ◆ Pengumpulan data
- Sumber data.
- ◆ Data yang dikumpulkan berasal dari laporan Sistem Pelaporan Penyakit Terpadu Puskesmas (SP2TP) dan Sistem Surveilans Terpadu (SST) Puskesmas. Kendala pelaporan yang dihadapi adalah bahwa kedua jenis pelaporan ini di Puskesmas, dilakukan oleh dua tenaga yang berbeda dengan pemahaman yang berbeda walaupun ada kalanya berasal dari satu sumber. Kenyataan yang ada adalah manakala kedua data ini tampil beda, petugas Kabupaten akan cenderung menggunakan data SP2TP sebagai satu-satunya laporan resmi yang direkomendasi

oleh Depkes, padahal ada kalanya data SST lebih memberikan gambaran yang nyata di lapangan.

- ◆ Dalam pengumpulan data sebelum dibuat laporan resmi, petugas menggunakan buku bantu.
 - Waktu pengumpulan data
 - Absensi pelaporan tepat waktu yang masuk ke Kabupaten Buton sebesar 70 %, Laporan tepat waktu dan lengkap sebesar 64 % dan laporan tepat waktu dan tidak lengkap sebesar 36 %.
- ◆ Data yang dikumpulkan berasal dari SP2TP, SST dan laporan programer di lapangan. Laporan ini dikumpulkan setiap bulan berdasarkan laporan yang masuk dari Puskesmas. Laporan bulanan ini tidak selamanya menggambarkan keadaan penyakit di lapangan, karena seringkali laporan-laporan tersebut diatas terlambat masuk di Kabupaten. Laporan SST dan programer frambusia hanya digunakan untuk kepentingan program masing-masing. Laporan-laporan yang dianggap luar biasa baru akan muncul manakala masyarakat atau media atau pejabat pemerintah menemukan peningkatan kasus di suatu wilayah.

- ◆ Pengolahan data
- ◆ Data yang dikumpulkan setiap bulan hanya berupa laporan dari SP2TP rutin dan tidak diolah, alasannya petugas tidak tahu manfaat pentingnya monitoring dan pengamatan terhadap data penyakit yang melahirkan sinyal-sinyal epidemiologis.
- ◆ Data yang dikumpulkan dilakukan setiap bulan secara terus menerus dan dikirim sebagai laporan rutin Kabupaten ke Propinsi.
- ◆ Secara umum data yang dikumpulkan belum diolah menjadi informasi epidemiologis yang dapat digunakan untuk evaluasi, perencanaan, dan pengambilan kebijakan. Data yang ada baru diolah sejauh penampilan tabel atau grafik. Informasi semacam ini masih jauh dari harapan akan terjadinya komunikasi informasi permasalahan kesehatan kepada konsumen intra unit kesehatan, apalagi untuk konsumen lintas program.
- ◆ Penyebaran informasi
- ◆ Data yang telah dikumpulkan dibuat menjadi laporan yang dikirim ke Dinas Kesehatan Propinsi Sultra.
- ◆ Laporan dan informasi yang ada tidak pernah dibicarakan dengan para pengambil kebijakan di tingkat Kabupaten, sehingga para pengambil kebijakan tidak memiliki

gambaran tentang potensi permasalahan kesehatan yang sewaktu-waktu dapat terjadi. Minimnya anggaran yang dialokasikan untuk surveilans epidemiologi mencerminkan kurang piawai para pengolah data untuk menggali sebanyak mungkin sumber informasi dan menampilkan sinyal-sinyal epidemiologis yang mampu menarik perhatian para pengambil kebijakan.

◆ **Pembiayaan**

Pembiayaan untuk kegiatan surveilans di Kabupaten Buton berasal dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Dekonsentrasi. Untuk tahun 2003 dana dari kedua sumber tersebut sebesar Rp. 10.180.000. Namun tidak ada dana khusus untuk surveilans epidemiologi di Puskesmas. Kendala biaya ini menyebabkan petugas surveilans di Puskesmas hanya melaksanakan tugas sebatas pengumpulan data dalam gedung puskesmas serta laporan Pustu dan Posyandu yang masuk ke Puskesmas.

5.2.2 Studi eksploratif untuk mendapatkan gambaran tentang penyakit frambusia di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton

Dalam penelitian ini banyak melibatkan unsur antara lain orang tua penderita, kader kesehatan, guru sekolah dasar, aparat desa dan petugas kesehatan agar memperoleh gambaran sebanyak mungkin

untuk dijadikan bahan dalam pengembangan model surveilans epidemiologi pemberantasan penyakit frambusia.

5.2.2.1 Responden Orang Tua Penderita Penyakit Frambusia

Berdasarkan tabel 5.5 hasil wawancara dengan responden memperlihatkan bahwa umur orang tua terbanyak berada pada kelompok usia 39 – 40 tahun, kemudian pada kelompok 34 – 38 tahun. Menurut jenis kelamin proporsi terbanyak adalah pada perempuan (82,6 %). Sebagian besar responden (71,7 %) tidak bersekolah.

Jumlah anak berumur kurang dari 15 tahun yang dimiliki oleh satu keluarga di Desa Lolibu terbanyak berkisar antara 4 – 6 orang dalam satu keluarga bahkan ada yang mempunyai anak lebih dari 6 orang dalam satu keluarga.

Tempat kejadian penyakit frambusia terdapat pada empat dusun, namun yang banyak ditemukan kasus pada Dusun Tongkuno dan Dusun Lipumalanga.

Sedangkan jumlah penderita satu keluarga sebagian besar dibawah (76,09 %), namun masih ada keluarga yang lebih dari 6 orang nantinya menderita frambusia (8,69 %).

Tabel 5.5. Karakteristik Orang Tua Penderita berdasarkan faktor resiko Penularan Penyakit Frambusia di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton, Juli - Agustus 2003.

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Umur	1. 24 – 28 tahun	6 (13,04 %)
	2. 29 – 33 tahun	6 (13,04 %)
	3. 34 – 38 tahun	8 (17,39 %)
	4. 39 – 43 tahun	12 (26,09 %)
	5. 44 – 48 tahun	6 (13,04 %)
	6. 49 – 53 tahun	4 (8,69 %)
	7. \geq 54 tahun	4 (8,69 %)
	Total	46 (100 %)
Sex	1. Laki-laki	8 (17,4 %)
	2. Wanita	38 (82,6 %)
	Total	46 (100 %)
Pendidikan	1. Tidak Sekolah	33 (71,7%)
	2. SD	11 (23,9%)
	3. SMP	2 (4,3 %)
	Total	46 (100 %)
Jumlah anak	1. \leq 3 orang	13 (28,26 %)
	2. 4 – 6 orang	26 (56,52 %)
	3. $>$ 6 orang	7 (15,22%)
	Total	46 (100 %)
Tempat kejadian	1. Dusun Molampino	10 (21,7 %)
	2. Dusun Tongkuno	17 (37,0 %)
	3. Dusun Lolibu	2 (4,3 %)
	4. Dusun Lipumalanga	17 (21,7 %)
	Total	46 (100 %)
Jumlah penderita dalam keluarga	1. $1 \leq$ 3 orang	35 (76,09 %)
	2. 4 – 6 orang	7 (15,22 %)
	3. $>$ 6 orang	4 (8,69 %)
	Total	46 (100 %)

Dalam tabel 5.6. hasil wawancara dengan orang tua penderita mengenai pandangan mereka tentang penyakit frambusia, 50 % menganggapnya merugikan selebihnya mengatakan tidak tahu. Namun masih ada satu orang tua (2,2 %) yang menganggap penyakit frambusia berm,anfaat untuk pertumbuhan anak.

Mengenai permasalahan penyakit frambusia sebagian besar orang tua (65,2 %) menganggap penyakit frambusia bukan masalah, hanya 8,7 % yang menganggap frambusia perlu ditanggulangi.

Mengenai perasaan orang tua ketika anak mereka menderita penyakit frambusia sebagian besar (52,2 %) menyatakan susah/sedih melihat anaknya menderita penyakit frambusia, selebihnya tidak menggubris anaknya yang menderita penyakit frambusia. Namun dari hasil wawancara ini ternyata masih ada orang tua (8,7 %) yang menerima anaknya menderita penyakit frambusia sebagai gejala pertumbuhan.

Menyangkut pengalaman dalam menangani anak yang menderita frambusia hampir semua (97,8 %) membawa ke dukun atau membiarkan selama lebih kurang tiga bulan, hanya satu orang dari 46 responden (2,2 %) yang mengatakan membawa anaknya ke Puskesmas.

Ketika responden ditanya apakah anaknya yang menderita penyakit frambusia perlu dilaporkan ke Puskesmas hampir semua (95,6 %) menjawab tidak perlu dilaporkan ke Puskesmas, demikian pula ketika ditanya apakah perlu anaknya yang menderita penyakit frambusia perlu diketahui oleh Aparat Desa, semua (100 %) menjawab tidak perlu.

Ketika ditanya apakah petugas Puskesmas perlu datang mencari anak mereka yang menderita penyakit frambusia 44 responden (95,6 %) mengatakan petugas Puskesmas berkepentingan untuk mencari penderita, hanya satu responden (2,2 %) yang mengatakan bahwa orang tua perlu membawa dan melaporkan anak mereka yang menderita penyakit frambusia perlu dibawa ke Puskesmas.

Mengenai kendala sehingga anak yang menderita penyakit frambusia tidak dilaporkan ke Puskesmas, sebagian besar responden (89,1 %) menjawab tidak tahu, namun tiga responden dari 46 responden (6,5 %) menjelaskan adanya kendala ekonomi, sosial dan transportasi.

Tabel 5.6. Karakteristik Orang Tua Penderita berdasarkan hasil wawancara tentang kesakitan, penanganan penyakit pada anak umur < 15 di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo, Juli – Agustus 2003

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Pandangan ttg penyakit frambusia	1. Ada manfaat bagi pertumbuhan anak	1 (2,2 %)
	2. Merugikan	23 (50,0 %)
	3. Tidak tahu	22 (47,8 %)
	Total	46 (100 %)
Perbandingan penyakit frambusia dgn penyakit lainnya	1. Frambusia bukan masalah	30 (65,2 %)
	2. Frambusia perlu ditanggulangi	4 (8,7 %)
	3. Tidak tahu	12 (26,1 %)
	Total	46 (100 %)
Perasaan ketika anak menderita frambusia	1. Menerima segala gejala pertumbuhan anak	4 (8,7 %)
	2. Susah/ sedih	24 (52,2 %)
	3. Tidak menggubris	18 (39,1 %)
	Total	46 (100 %)
Pengalaman menghadapi anak dgn frambusia	1. Membawa ke dukun dan dibiarkan sampai 3 bulan	45 (97,8 %)
	2. Membawa ke puskesmas	1 (2,2 %)
	Total	46 (100 %)
Penderita frambusia perlu dilaporkan ke puskesmas	1. Tidak perlu dilaporkan	44 (95,6 %)
	2. Perlu dilaporkan	1 (2,2 %)
	3. Tidak tahu	1 (2,2 %)
	Total	46 (100 %)
Anak yg menderita frambusia perlu diketahui kades	Tidak perlu	46 (100 %)
	Total	46 (100 %)
Petugas puskesmas perlu datang mencari penderita frambusia	1. Petugas puskesmas berkepentingan mencari penderita	44 (95,6 %)
	2. Ortu membawa & melaporkan anak yang menderita frambusia	1 (2,2 %)
	3. Tidak tahu	1 (2,2 %)
	Total	46 (100 %)

Kendala untuk melaporkan penyakit frambusia	Total	46 (100 %)
	1. Penyakit frambusia pd anak tdk perlu diket orang lain	2 (4,3 %)
	2. Kendala ekonomi, sosial, dan transportasi	3 (6,5 %)
	3. Tidak tahu	41 (89,1 %)
	4. Total	46 (100 %)

5.2.2.2 Responden kader kesehatan

Dari tabel 5.7 memperlihatkan bahwa dua (66,7 %) dari tiga orang kader yang aktif di Desa Lolibu berumur antara 40 – 49 tahun, dan hanya satu (33,3 %) yang memiliki pendidikan setingkat SMP serta tersebar di masing-masing dusun yakni di Dusun Tongkuno, Molampino dan Lipumalanga.

Tabel 5.7. Karakteristik Kader Kesehatan Desa berdasarkan faktor resiko Penularan Penyakit Frambusia di Desa Lolibu, Kec.Lakudo Kabupaten Buton, Juli – Agustus 2003.

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Umur	1. 31 - 39 tahun	1 (33,3 %)
	2. 40 – 49 tahun	2 (66,7 %)
	Total	3 (100 %)
Sex	Wanita	3 (100 %)
	Total	3 (100 %)
Pendidikan	1. SD	2 (66,7 %)
	2. SMP	1 (33,3 %)
	Total	3 (100 %)
Jumlah anak	1. <= 3 orang	2 (66,7 %)
	2. 4 – 6 orang	1 (33,3 %)
	Total	3 (100 %)
Tempat tinggal	1. Dusun Molampino	1 (33,3 %)

	2. Dusun Tongkuno	1 (33,3 %)
	3. Dusun Lipumalanga	1 (33,4 %)
	Total	3 (100 %)

Dalam tabel 5.8. semua kader kesehatan (100 %) mengatakan bahwa penyakit frambusia sangat merugikan kesehatan, untuk itu perlu ditanggulangi (66,7 %) namun masih ada kader kesehatan yang menyatakan bahwa penyakit frambusia bukan masalah. Dari segi perasaan mana kala melihat tetangganya menderita penyakit frambusia mengatakan bahwa sangat sedih dan susah (100 %) dan hampir setiap ditemukan penderita para kader (100 %) selalu menganjurkan ke Puskesmas. Dari segi pelaporan, kader bila menemukan penderita (66,7 %) merasa perlu melaporkan ke petugas dan hanya satu (33,3 %) kader tidak perlu melaporkan ke petugas kesehatan.

Dari hasil wawancara semua kader (100 %) menyatakan bahwa petugas kesehatan yang harus mencari penderita. Kendala yang dihadapi adalah faktor ekonomi, sosial dan transportasi (100 %).

Tabel 5.8. Karakteristik Kader Kesehatan Desa berdasarkan hasil wawancara tentang anak tetangga yang menderita penyakit frambusia di Desa Lolibu, Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton Juli – Agustus 2003

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Pandangan ttg penyakit frambusia	1. Merugikan	3 (100 %)
	Total	3 (100 %)
Perbandingan penyakit frambusia dgn penyakit lainnya	1. Frambusia bukan masalah	1 (33,3 %)
	2. Frambusia perlu ditanggulangi	2 (66,7 %)
	Total	3 (100 %)
Perasaan ketika ada tetangga menderita frambusia	Susah/ sedih	3 (100 %)
	Total	3 (100 %)
Pengalaman menghadapi tetangga dgn frambusia	Menganjurkan membawa ke puskesmas	3 (100 %)
	Total	3 (100 %)
Penderita frambusia perlu dilaporkan ke puskesmas	1. Tidak perlu dilaporkan	1 (33,3 %)
	2. Perlu dilaporkan	2 (66,7 %)
	3. Total	3 (100 %)
Anak yg menderita frambusia perlu diketahui kades	1. Tidak perlu	2 (66,7 %)
	2. Perlu diketahui	1 (33,3 %)
	Total	3 (100 %)
Petugas puskesmas perlu datang mencari penderita frambusia	Petugas puskesmas berkepentingan mencari penderita	3 (100 %)
	Total	3 (100 %)
Kendala untuk melaporkan penyak frambusia	Kendala ekonomi, sosial, dan transportasi	3 (100 %)
	Total	3 (100 %)

5.2.2.3 Responden petugas kesehatan di wilayah Puskesmas Lakudo

Dari segi pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Kecamatan Lakudo memperlihatkan bahwa umur petugas kesehatan yang melaksanakan pelayanan berkisar antara 30 –

40 tahun (81,82 %) dan satu orang berumur dibawah 30 tahun (9,09 %) dan satu orang (9,09 %) berumur diatas 40 tahun.

Dari segi pendidikan, petugas kesehatan di Kecamatan Lakudo 81,82 % berpendidikan SPK dan sanitarian serta SPB masing-masing 1 orang (9,09%)

Tabel 5.9. Karakteristik Petugas Puskesmas berdasarkan faktor resiko penularan Penyakit Frambusia di Kecamatan Lakudo, Juli – Agustus 2003.

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Umur	1. < 30 tahun	1 (9,09 %)
	2. 30 – 40 tahun	9 (81,82 %)
	3. > 40 tahun	1 (9,09 %)
	Total	11 (100 %)
Sex	1. Laki-laki	5 (45,5 %)
	2. Wanita	6 (54,5 %)
	Total	11 (100 %)
Pendidikan	1. SPK	9 (81,8 %)
	2. SPB	1 (9,09 %)
	3. Sanitarian	1 (9,09 %)
	Total	11 (100 %)
Jumlah anak	1. 2 orang	3 (27,3 %)
	2. 3 orang	7 (63,6 %)
	3. 4 orang	1 (8,1 %)
	Total	11 (100 %)

Dari segi pandangan petugas kesehatan sendiri tentang penyakit frambusia sebanyak (81,82 %) menyatakan ikut bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan, hanya 18,2 % yang menyatakan tidak ikut bertanggung jawab terhadap masalah frambusia.

Dari segi pelaporan semua petugas kesehatan (100 %) menyatakan kurang dan perlu ditingkatkan, mereka menyadari masih banyak penderita (90,9 %) belum terdaftar di Puskesmas, hanya 9,1 % yang sibuk dengan tugas sendiri.

Dalam hal mendapatkan informasi tentang penyakit frambusia melalui laporan kesakitan di Puskesmas (72,7 %) menyatakan belum cukup dan perlu melalui informasi lain. Berdasarkan pengamatan di lapangan, laporan yang masuk belum memadai (90,9 %) apabila hanya mengandalkan laporan kesakitan yang ada di Puskesmas.

Dari hasil wawancara terungkap bahwa perlu melibatkan sektor terkait (81,82 %). Kebanyakan petugas kesehatan (100 %) perlu mendapatkan informasi tentang penyakit frambusia agar dalam mendiagnosis penyakit frambusia tidak salah. Informasi tersebut perlu dikemas (100 %) dalam suatu pelatihan atau on the job training.

Untuk mendapatkan informasi tentang penyakit di lapangan sebaiknya laporan diperoleh dari masing-masing petugas kesehatan yang membina masing-masing desa serta dari sektor terkait antara lain guru, aparat desa dan kader kesehatan.

Melihat besarnya permasalahan yang dihadapi (81,8 %), perlu dibahas pada mini lokakarya di Puskesmas. Dan (72,7 %)

masalah frambusia ini perlu dibahas dalam rapat koordinasi di tingkat kecamatan, sebaiknya petugas yang lain selain petugas frambusia perlu melaporkan apabila ditemukan kasus di wilayah binaannya.

Tabel 5.10. Karakteristik Petugas Kesehatan di Puskesmas berdasarkan hasil wawancara tentang tugas surveilans penyakit frambusia di Kecamatan Lakudo, Juli – Agustus 2003.

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Pandangan ttg penanggulangan penyakit frambusia	1. urusan petugas frambusia	2 (18,2 %)
	2. Sbg petugas kesehatan ikut bertanggung jawab	9 (81,8 %)
	Total	11 (100 %)
Perbandingan ttg pelaporan penyakit frambusia	Masih kurang dan perlu ditingkatkan	11 (100 %)
	Total	11 (100 %)
Pernah melihat pelaporan penyak frambusia di instansi ybs	1. Tidak pernah/ sibuk dgn tugas sendiri	1 (9,1 %)
	2. Masih banyak penderita yg belum terdaftar/ dilayani	10 (90,9 %)
	Total	11 (100 %)
LB1 sdh cukup untuk mendptkan info penyak frambusia	1. Sudah cukup	3 (27,3 %)
	2. Belum cukup dan perlu cara lain	8 (72,7 %)
	Total	11 (100 %)
Pengamatan penyak di lap sdh memadai untuk mendptkan info ttg frambusia	1. Sudah memadai	1 (9,1 %)
	2. Belum memadai	10 (90,9 %)
	Total	11 (100 %)
Perlu melibatkan sektor di luar kes untuk meningkatkan cakupan pelaporan frambusia	1. Tidak perlu	2 (18,2 %)
	2. Perlu	9 (81,8 %)
	Total	11 (100 %)
Petugas kesehatan perlu mendptkan info ttg penyak	Perlu agar tdk salah dlm mendiagnosis frambusia	11 (100 %)

frambusia	Total	11 (100 %)
Bentuk info yg diberikan	Pelatihan / OJT	11 (100 %)
	Total	11 (100 %)
Model pelaporan yg sebaiknya digunakan	1. Laporan dari petugas frambusia saja	2 (18,2 %)
	2. Laporan dari petugas kes, pembina desa msg2 & sektor terkait	9 (81,8 %)
	Total	11 (100 %)
Masalah frambusia perlu dibahas pd minlok Puskesmas	1. Cukup diketahui Kepala Puskesmas	2 (18,2 %)
	2. Perlu dibahas dlm minlok Puskesmas	9 (72,7 %)
	Total	11 (100 %)
Masalah frambusia perlu dibahas dlm rapat koordinasi Tk Kecamatan	1. Cukup dilingkungan kesehatan saja	3 (27,3 %)
	2. Perlu dibahas pd rapat koordinas Tk Kecamatan	8 (72,7 %)
	Total	11 (100 %)
Petugas kesehatan lainnya perlu melaporkan apabila ditemukan kasus	Perlu dilaporkan agar dicari kontakanya	11 (100 %)
	Total	11 (100 %)

5.2.2.4 Responden guru-guru yang bekerja di Desa Lolibu Kecamatan

Lakudo

Tabel 5.11 memperlihatkan guru kebanyakan (70 %) adalah laki-laki, berumur antara 30 – 40 (70 %) dan 2 orang (20 %) berumur diatas 50 tahun. Pendidikan cukup beragam mulai dari SMEA sampai dengan D2, sedangkan jumlah anak (60 %) lebih dari empat orang.

Tabel 5.11. Karakteristik Guru SD berdasarkan faktor resiko Penularan Penyakit Frambusia di Desa Lolibu, Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton, Juli – Agustus 2003.

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Umur	1. 30 – 40 tahun	7 (79 %)
	2. 41 – 50 tahun	1 (10 %)
	3. > 50 tahun	2 (20 %)
	Total	10 (100%)
Sex	3. Laki-laki	7 (70 %)
	4. Wanita	3 (30 %)
	Total	10 (100 %)
Pendidikan	1. SMA	1 (10 %)
	2. SMEA	1 (10 %)
	3. SPG	2 (20 %)
	4. SGO	1 (10 %)
	5. PGSD	1 (10 %)
	6. PGAK	1 (10 %)
	7. PGSLP	1 (10 %)
	8. D 2	2 (20 %)
Total	10 (100 %)	
Jumlah anak	1. <= 2 orang	2 (20 %)
	2. 3 orang	2 (20 %)
	3. >= 4 orang	6 (60 %)
	Total	10(100%)

Berdasarkan informasi yang diberikan, kemudian dipaparkan dalam tabel 5.12 diatas memberikan gambaran bahwa pandangan para guru di tiga sekolah dasar yang ada di Desa Lolibu 80 % mengatakan penyakit frambusia ini merugikan murid dan 100 % perlu ditanggulangi. Guru juga sedih dan susah melihat muridnya menderita penyakit frambusia dan (80 %) perlu dilaporkan dan sampai saat ini

belum dilakukan serta 100 % dari guru-guru mengatakan penyakit ini tidak perlu dilaporkan ke aparat desa.

Menurut pendapat guru-guru sebagian besar (90 %) mengatakan petugas Puskesmas berkepentingan untuk mencari penderita.

Kendala yang dihadapi guru-guru dalam melaporkan penyakit frambusia ini (100 %) adalah faktor ekonomi dan orang tua yang melarang anaknya untuk berobat petugas kesehatan.

Kaitan antara pemberantasan penyakit frambusia dengan kegiatan usaha kesehatan sekolah (UKS) kebanyakan (80 %) guru menginginkan dimasukkan dalam kegiatan UKS, hampir semua guru termasuk Kepala Sekolah menginginkan sebelumnya dimasukkan dalam kegiatan UKS agar para guru-guru diberikan informasi tentang pemberantasan dan penanggulangan penyakit frambusia dalam bentuk pelatihan atau on the job training.

Tabel 5.12. Karakteristik Guru SD berhubungan dengan murid yang menderita Penyakit Frambusia di Desa Lolibu, Juli-Agustus 2003.

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Pandangan ttg penanggulangan penyakit frambusia	1. Merugikan	8 (80 %)
	2. Tidak tahu	2 (20 %)
	Total	10 (100 %)
Perbandingan ttg pelaporan penyakit frambusia	Frambusia perlu ditanggulangi	10 (100 %)

Perasaan ketika ada murid menderita frambusia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Susah / sedih 2. Tidak menggubris Total	9 (90 %) 1 (10 %) 10 (100 %)
Pengalaman menghadapi murid yg menderita frambusia	Menganjurkan membawa ke Puskesmas	10 (100 %)
Penderita frambusia perlu dilaporkan ke Puskesmas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak perlu dilaporkan 2. Perlu dilaporkan ke Puskesmas Total	2 (20 %) 8 (80 %) 10 (100 %)
Murid yg menderita frambusia perlu diketahui Aparat Desa	Tidak perlu diketahui aparat Desa	10 (100 %)
Petugas Puskesmas perlu datang mencari penderita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Puskesmas berkepentingan mencari penderita 2. Sebaiknya guru melaporkan ke Puskesmas Total	9 (90 %) 1 (10 %) 10 (100 %)
Kendala untuk melaporkan penyakit frambusia	Perlu dilaporkan tetapi kendala ekonomi dan orang tua melarang anaknya berobat, Total	10 (100 %) 10 (100 %)
Kaitan penyakit frambusia dg kegiatan UKS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frambusia tdk perlu dimasukkan dlm kegiatan UKS 2. Perlu dimasukkan dlm kegiatan UKS Total	2 (20 %) 8 (80 %) 10 (100 %)
Guru perlu diberi informasi masalah frambusia	Sangat perlu karena guru harus mengetahui cara penanggulangannya Total	10 (100 %) 10 (100 %)
Informasi yang diberikan sebaiknya melalui/berupa	Pelatihan/OJT agar penyakit dpt ditangani dg baik Total	10 (100 %) 10 (100 %)

5.2.2.5 Responden aparat desa Lolibu Kecamatan Lakudo

Tabel 5.13. Karakteristik aparat Desa berdasarkan faktor tesiko Penularan Penyakit Frambusia di Desa Lolibu, Juli - Agustus 2003.

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Umur	1. 35 tahun	1 (20 %)
	2. 42 tahun	1 (20 %)
	3. 45 tahun	2 (40 %)
	4. 50 tahun	1 (10 %)
	Total	5 (100 %)
Sex	Laki-laki	5 (100 %)
	Total	5 (100 %)
Pendidikan	1. SD	2 (40 %)
	2. SMP	1 (20 %)
	3. SMA	2 (40 %)
	Total	5 (100 %)
Jumlah anak	1. 3 orang	1 (20 %)
	2. 4 orang	2 (40 %)
	3. 5 orang	1 (20 %)
	4. 6 orang	1 (20 %)
	Total	
Tempat tinggal	1. Dusun Molampino	1 (20 %)
	2. Dusun Tongkuno	2 (40 %)
	3. Dusun Lipumalanga	1 (20 %)
	4. Lolibu	1 (20 %)
	Total	5 (100 %)

Dari lima aparat desa seperti pada tabel 5.13 yang menjadi responden semuanya (100 %) adalah laki-laki, berumur antara 35 – 50 tahun, pendidikan juga beragam yakni SMA sebanyak dua orang (40 %), SD sebanyak dua orang (40 %) dan satu orang SMP, kebanyakan di Desa lolibu jumlah anak

lebih dari tiga orang dan tempat tinggal aparat desa terbagi dalam empat dusun.

Tabel 5.14. Karakteristik Aparat Desa berhubungan dengan warga yang menderita penyakit frambusia di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton, Juli - Agustus 2003.

Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
Pandangan ttg penyakit frambusia	1. Ada manfaat pertumbuhan anak	1 (20 %)
	2. Merugikan	3 (60 %)
	3. Tidak tahu	1 (20 %)
	Total	5 (100 %)
Perbandingan penyakit frambusia dgn penyakit lainnya	1. Frambusia bukan masalah	2 (40 %)
	2. Frambusia perlu ditanggulangi	3 (60 %)
	Total	5 (100 %)
Perasaan ketika ada warga menderita frambusia	1. Susah/ sedih	4 (80 %)
	2. Tidak menggubris	1 (20 %)
	Total	5 (100 %)
Pengalaman menghadapi warga menderita frambusia	Menganjurkan membawa ke puskesmas	5 (100 %)
	Total	5 (100 %)
Warga yg menderita penyakit frambusia perlu dilaporkan ke aparat desa	1. Tidak perlu dilaporkan	2 (40 %)
	2. Perlu dilaporkan	3 (60 %)
	Total	5 (100 %)
Anak yg menderita frambusia perlu diketahui aparat Desa	1. Tidak perlu	4 (80 %)
	2. Perlu diketahui	1 (20 %)
	Total	5 (100 %)
Petugas puskesmas perlu datang mencari penderita frambusia	Petugas puskesmas berkepentingan mencari penderita	5 (100 %)
	Total	5 (100 %)
Kendala untuk melaporkan penyakit frambusia	1. Penyakit frambusia pd anak tdk perlu dipermasalahkan	2 (40 %)
	2. Kendala ekonomi, sosial, dan transportasi	3 (60 %)
	Total	5 (100 %)

Seperti yang terlihat pada 5.14. diatas masih ada aparat desa yang tidak mengetahui penyakit frambusia ini yakni dua diantara lima (40 %) mengatakan ada manfataat untuk pertumbuhan anak serta tidak tahu tentang penyakit frambusia, disamping itu 40 % mereka mengatakan bukan masalah, 60 % perlu ditanggulangi Masih ada aparat desa yang tidak mau menggubris melihat warganya menderita penyakit frambusia, kebanyakan (80 %) mengatakan susah atau sedih melihat warga menderita frambusia, akan tetapi aparat desa (100 %) menganjurkan agar penderita berobat ke Puskesmas.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa 40 % aparat desa mnegatakan tidak perlu dilaporkan ke Puskesmas dan 80 % warganya yang menderita penyakit frambusia tidak perlu melaporkan kepada aparat desa.

Dalam hal penanganan penderita aparat desa (100 %) mengatakan bahwa petugasPuskesmas berkepentingan untuk mencari penderita frambusia, namun kendala yang mereka ungkapkan adalah (40 %) mengatakan bahwa frambusia pada warganya tidak perlu dipermasalahkan hanya 60 % mengatakan kendari tentang transportasi.

5.3 Hasil Nominal Fokus Group Diskusi Teknik (NFGDT) para pengambil kebijakan baik di tingkat Kecamatan Lakudo maupun di tingkat Kabupaten Buton

Pandangan Para pengambil kebijakan tentang persoalan penyakit frambusia di Kabupaten Buton, Wawancara bulan Juli – Agustus 2003 di Bau-Bau.

5.3.1 Assiten II Bidang Kesra Kantor Bupati Kabupaten Buton.

5.3.1.1 Sungguh mengherankan penyakit ini masih ditemukan di wilayah Kabupaten Buton pada hal pemberantasan sudah berlangsung hampir 50 tahun, menurut Asisten II petugas kesehatan menganggap bahwa penyakit frambusia adalah persoalan Departemen Kesehatan sendiri, kurang disosialisasikan dengan Pemerintah Daerah Kabupaten Buton.

5.3.1.2 Masalah frambusia merupakan multi aspek menyangkut sosial ekonomi, pengetahuan dan pendidikan masyarakat sehingga diperlukan keterlibatan berbagai pihak dalam menanggulangi masalah frambusia

5.3.1.4 Kendala dan kesenjangan dalam pelaporan antara lain petugas kesehatan sebagai ujung tombak di lapangan sangat terbatas untuk menjangkau wilayah yang sangat luas, ketidakmampuan masyarakat untuk mengatasi persoalan kesehatan yang dihadapi serta tidak mengetahui peran aktifnya dalam melaporkan adanya kasus frambusia.

5.3.1.5 Model pemberantasan yang ada sekarang hanya petugas kesehatan yang melakukan kegiatan tanpa melibatkan tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat yang ada, tokoh adat dan berbagai pihak yang ada di Desa termasuk guru dan orang tua penderita

5.3.1.6 Persoalan ini perlu diletakkan pada suatu kebijakan dengan pandangan bahwa masalah kesehatan bukan merupakan merupakan domain institusi kesehatan saja tetapi merupakan salah satu sub sitem dalam program pemerintah daerah

5.3.1.7 Masalah penyakit dan pendanaan

Prioritas pendanaan tergantung dari strategis persoalan yang dihadapi, kasusnya kecil dianggap bukan merupakan isu yang strategis dan harus merupakan perhatian dari Pemda serta aspek pemberdayaan masyarakat itu sendiri. (Ekonomi, Pembangunan dan kesejahteraan).

5.3.2 Pandangan Ketua Bappeda Kabupaten Buton

5.3.2.1 Penanganan penyakit frambusia selama ini belum terencana dan terorganisir dengan melibatkan semua pihak yang terkait termasuk aparat desa, serta ketidak tahuan masyarakat mengenai penyakit frambusia sehingga baik penderita, orang tua maupun sektor terkait tidak menyarankan agar penderita segera berobat akibatkan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas kurang bahkan tidak dimanfaatkan oleh penderita.

- 5.3.2.2 Dalam waktu dekat perlu diadakan koordinasi dengan pihak kesehatan untuk mencari solusi dalam menangani permasalahan penyakit ini khususnya di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton.
- 5.3.2.3 Dalam menanggulangi penyakit ini di masyarakat sebelum pelaksanaan program perlu diberikan pemahaman tentang program tersebut kepada masyarakat agar mereka mengetahui besarnya masalah kesehatan terutama tentang penyakit frambusia ini, sehingga kegiatan ini bukan semata urusan Dinas Kesehatan.
- 5.3.2.4 Penyakit ini seharusnya sudah tidak ada lagi di bumi Kabupaten Buton, namun kenyataan lain justru kasus yang paling terbanyak adalah di Kabupaten Buton, untuk itu diperlukan koordinasi yang baik dari semua unsur terkait baik Bappeda serta instansi teknis lainnya agar penyakit ini dapat ditanggulangi dengan cepat dan tepat.
- 5.3.2.5 Petugas kesehatan dalam melaksanakan tugasnya jangan terkotak-kotak dalam memberikan penyuluhan kepada masyarakat agar masyarakat berperilaku hidup sehat sehingga penyakit yang memalukan ini dapat dihilangkan dari Kabupaten Buton.

5.3.3 Pandangan dari Komisi E DPRD Kabupaten Buton.

5.3.3.1 Sampai tahun 60 an penyakit ini cukup banyak diderita oleh masyarakat Buton dan penyakit ini turun drastis melalui penyauntikan dengan penisillin.

5.3.3.2 Dua orang dari tiga orang anggota Komisi E DPRD Kabupaten Buton mengatakan bahwa penyakit ini telah ditanggulangi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Buton dan telah dibuat kesepakatan untuk mengalokasikan dana guna penanggulangan penyakit ini, hanya saja Anggota Komisi E sangar kecewa karena tidak pernah mendapat laporan tentang perkembangan penyakit ini di lapangan

5.3.3.3 Dana yang ada belum mencukupi dan belum tepat sasaran, walaupun dana yang ada baik dari WHO maupun dari APBD sehingga petugas di ujung tombak terdepan tidak dapat menjangkau penderita frambusia yang berada di pedalaman, untuk itu perlu pengkajian lebih mendalam masalah penyakit frambusia ini agar penderita dapat di follow up.

5.3.3.4 Komisi E DPRD Kabupaten Buton akan melakukan hearing dengan Dinas terkait menyangkut penyakit frambusia agar tidak menyia-nyiakan waktu dalam menanggulangi permasalahan penyakit ini dan mendesak Dinas Kesehatan Kabupaten Buton untuk melaporkan kasus frambusia kepada Komisi E DPRD Kabupaten Buton.

5.3.4 Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Buton dan jajaran kesehatan Kabupaten Buton

5.3.4.1 Penyakit frambusia sudah termasuk dalam program prioritas pemberantasan penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Buton, hanya follow up dilakukan secara berjenjang

5.3.4.2 Follow up setelah dilakukan sosialisasi dengan pihak Pemerintah Kecamatan Lakudo antara lain adanya penemuan kasus yang tersembunyi yang tidak ditemukan oleh petugas kesehatan dengan melibatkan aparat desa, sektor terkait dan partisipasi masyarakat agar penderita mau keluar dari sarangnya. Dibawah koordinasi Kepala Kecamatan.

5.3.4.3 Sulitnya menemukan penderita pada fase awal adalah adanya budaya masyarakat dengan kepercayaan pada mistik, namun Kepala Dinas Kesehatan tidak mendapatkan informasi yang memadai tentang kepercayaan masyarakat tersebut. Penyakit ini merupakan penyakit kronis yang berhubungan dengan perilaku masyarakat.

5.3.4.4 Visi kedepan dengan jalan melakukan sosialisasi sehingga pada tahun 2005 Prevalensi frambusia menjadi 5 per 1000 penduduk, walaupun itu sangat sulit, oleh karena itu harus melibatkan sektor terkait dalam penemuan penderita sehingga dapat diputuskan rantai penularan dengan pengobatan.

5.3.4.5 Alokasi dana merupakan masalah yang klasik. Dana yang dialokasikan melalui DAU sangat terbatas dan pernah mengajukan proposal tentang safari frambusia yang intinya pemberantasan penyakit frambusia, sampai saat ini tidak disetujui karena program ini hanya spesifik untuk daerah Buton sehingga kurang mendapat perhatian dan pemerintah pusat maupun propinsi.

5.3.4.6 Mengingat laporan yang masuk melalui LB 1 sangat terbatas setelah dilakukan pelacakan ditemukan kasus banyak, sementara Puskesmas tidak mengusulkan program pemberantasan frambusia untuk wilayah kerja Puskesmas Lakudo akibatnya Dinas Kesehatan Kabupaten Buton kekurangan obat dan biaya operasional. Sebaiknya dana/pos apa saja yang ada di Puskesmas sebaiknya dapat digunakan untuk kegiatan pemberantasan penyakit frambusia.

5.3.5 Kepala Kecamatan Lakudo (Camat Lakudo)

5.3.5.1 Petugas Kesehatan tidak disiplin dalam menanggulangi penyakit frambusia ini di lapangan, akibatnya banyak penderita tidak diobati. Disamping itu kurangnya kesadaran masyarakat akan hidup bersih dan sehat walaupun di Desa Lolibu ada sarana air bersih berupa perpipaan memang diakui bahwa volume air bersih masih jauh dari cukup. Namun masih ada

alternatif lain berupa sumur yang ada di wilayah Desa Lolibu yang dapat digunakan untuk keperluan mandi

5.3.5.2 Penyakit ini baru belakangan dibicarakan dengan pihak pemerintah Kecamatan, sebelumnya tidak pernah dibicarakan pada rapat koordinasi, -itupun merupakan gagasan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buton.

5.3.5.3 Dana yang tersedia untuk kegiatan operasional pemberantasan penyakit ini sangat terbatas, akibatnya petugas tidak dapat menjangkau lokasi yang jauh yang merupakan kantong-kantong penyakit frambusia,

5.3.5.4 Puskesmas belum mengoptimalkan pemberantasan pada unit-unit yang ada terutama di jajaran kesehatan (Puskesmas Keliling), akibatnya Puskesmas pembantu yang ada di wilayah Puskesmas Lakudo tidak melaksanakan kegiatan ini secara maksimal

5.3.5.5 Masih adanya anggapan masyarakat bahwa penyakit ini perlu disembunyikan selama tiga bulan dan akan sembuh dengan sendirinya.

5.3.5.6 Untuk menanggulangi penyakit ini dimasa yang akan datang perlu melibatkan semua sektor dibawah koordinas Kepala Wilayah Kecamatan.

5.3.6 Pandangan Dinas Pendidikan dan Kebudayaan

5.3.6.1 Selama ini pemberantasan penyakit frambusia tidak pernah diajarkan disekolah baik melalui guru maupun kegiatan UKS, disamping itu melalui Posyandu juga diberikan pemahaman pada ibu-ibu tentang pentingnya mencegah penyakit frambusia ini.

5.3.6.2 Petugas kesehatan tingkat Kecamatan terutama Kepala Puskesmas sebaiknya lebih proaktif dalam memperkenalkan penyakit frambusia ini kepada Kepala Sekolah dan guru pada saat pertemuan di tingkat Kecamatan. Diharapkan kemvali ke tempat kerja dapat memberikan informasi kepada murid dan orang tua penderita

5.3.6.3 Selama ini buku-buku tentang penyakit frambusia tidak pernah diadakan oleh pihak kesehatan sehingga baik guru maupun murid buta tentang penyakit frambusia ini, hanya percaya bahwa penyebabnya adalah guna-guna dan keturunan.

5.3.6.4 Dalam menanggulangi penyakit ini perlu melibatkan sektor terkait baik aparat desa, guru-guru, Kepala sekolah, ibu-ibu PKK dan oarang tua penderita sehingga dapat berperan aktif guna menanggulangi permasalahan penyakit frambusia ini.

5.3.6.5 Faktor lingkungan juga merupakan salah satu kendala dalam penanggulangan penyakit ini, untuk itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut.

5.3.7 Pandangan Petugas Surveilans dan Pemberantasan Penyakit Tingkat Propinsi Sulawesi Tenggara

5.3.7.1 Permasalahan dalam menanggulangi penyakit ini adalah sangat kompleks dan melibatkan banyak sektor, baik sosial, ekonomi dan budaya masyarakat yang ada sehing diperlukan komitmen bersama baik lintas program maupun lintas sektoral dibawah naungan Pemerintah Propinsi, karena penyakit ini tersebar di 13 Kecamatan pada 37 Desa.

5.3.7.2 Perlu mendapat dukungan politis dari pemerintah daerah baik di Tingkat Propinsi, Kabupaten dan Kecamatan serta tingkat Desa. Disamping itu tenaga yang ada belum pernah dilatih mengenai penyakit frambusia sehingga sumber daya manusia dalam menanggulangi penyakit ini belum memadai

5.3.7.3 Disemua lini pemberantasan masalah dana sangat memprihatinkan, untuk propinsi dana yang tersedia hanya Rp. 3.060.000,- selama satu tahun untuk dapat menjangkau tiga Kabupaten yang melaporkan ada kasus frambusia. Dengan demikian segi sarana dan prasarana sangat tidak memadai. Dalam melaksanakan kegiatan tidak terpadu.

5.3.7.4 Untuk menanggulangi penyakit ini perlu duduk bersama dalam merancang dan membuat suatu model pemberantasan yang dapat dilaksanakan sehingga penyakit ini tidak merupakan masalah kesehatan masyarakat di Propinsi Sulawesi Tenggara.

5.3.8 Pandangan Kepala Puskesmas Kecamatan Lakudo

- 5.3.8.1 Petugas yang melaksanakan kegiatan frambusia sangat terbatas, petugas belum dilatih serta
- 5.3.8.2 Buku-buku untuk menunjang penyuluhan di lapangan sangat terbatas
- 5.3.8.3 Penyuluhan yang dilakukan sangat terbatas, selama tahun 2002 hanya dilakukan sebanyak dua kali di desa Lolibu yakni pada saat kunjungan dari Sub. Dit.Kusta dan Frambusia serta kunjungan dari Propinsi.
- 5.3.8.4 Dana dan obat-obatan serta peralatan untuk kegiatan ini memang belum alokasikan di Puskesmas.
- 5.3.8.5 Kasus pada fase awal hampir semuanya berobat kedukun, setelah tiga bulan baru di bawa kepuskesmas.
- 5.3.8.6 Pada rapat koordinasi yang lebih ditekankan adalah program yang strategis misalnya imunisasi.



BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Hasil Penelitian

6.1.1 Evaluasi terhadap sistem surveilans yang telah berjalan di Puskesmas Lakudo dan dinas Kesehatan Kabupaten Buton

Dari hasil penelitian terungkap bahwa petugas yang melaksanakan kegiatan surveilans dan frambusia di Puskesmas dikerjakan oleh dua tenaga yang berbeda dengan pemahaman yang berbeda, walaupun ada kalanya berasal dari laporan yang sama. Kenyataan yang ada manakala kedua data ini tampil beda pihak Kabupaten akan cenderung menggunakan data SP2TP sebagai satu-satunya laporan resmi yang direkomendasi oleh Departemen Kesehatan, pada hal ada kalanya data sistem surveilans terpadu dan laporan pelaksanaan program frambusia lebih memberikan gambaran yang nyata di lapangan.

Laporan yang dikumpulkan di Puskesmas hanya berasal dari laporan dalam gedung Puskesmas (Pustu) dan sebagian kecil dari laporan petugas puskesmas lainnya, sementara laporan dari masyarakat dan laporan sekolah (guru) belum terhimpun di Puskesmas. Akibatnya data (laporan) yang masuk ke Kabupaten juga sangat kurang bahkan bila ditelusuri laporan SP2TP jarang ditemukan penderita frambusia. Kenyataan yang ada apabila

dilakukan pelacakan oleh petugas Kabupaten bersama Puskesmas kasus yang ditemukan sangat banyak (laporan SP2TP tahun 2002 sebanyak 4 penderita, sedangkan hasil pelacakan yang dilakukan selama tiga bulan menunjukkan hasil sebesar 137 penderita).

Laporan dikumpulkan setiap bulannya dari Puskesmas, laporan ini tidak selamanya menggambarkan keadaan penyakit di lapangan karena sering laporan tersebut terlambat masuk di Kabupaten. Laporan SST dan laporan dari programer frambusia hanya digunakan untuk kepentingan program masing-masing. Laporan-laporan yang dianggap luar biasa baru akan muncul manakala masyarakat, medis atau pejabat pemerintah menemukan peningkatan kasus di suatu daerah.

Data yang dikumpulkan setiap bulannya hanya berupa laporan rutin yang tidak diolah, alasan petugas Puskesmas bahwa data tersebut tidak perlu disajikan, disamping tidak tahu cara pengolahan dan manfaat pentingnya monitoring dan pengamatan terhadap data penyakit dan penyajian data yang melahirkan sinyal-sinyal epidemiologis.

Dari hasil penelitian juga terungkap bahwa para pengelola program terutama petugas yang mengelola laporan mengatakan bahwa selama ini tidak ada supervisi dan teguran baik dari Kepala Puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buton. Kenyataannya yang diperoleh menunjukkan bahwa pemberantasan

penyakit frambusia ini belum merupakan masalah prioritas di Puskesmas Lakudo, hal ini dapat dibuktikan walaupun kasus banyak namun dana untuk kegiatan pemberantasan tidak dialokasikan untuk kegiatan frambusia. Disamping itu Kepala Puskesmas kurang peduli dengan tingginya kasus, hal ini terlihat bahwa penyakit frambusia tidak dibicarakan dalam minilokakarya maupun dalam rapat koordinasi dengan pemerintah kecamatan. Baru tahun 2003 setelah Kabupaten mengusulkan pertemuan untuk membahas penyakit ini dengan melibatkan Kepala Desa yang di wilayah kerjanya ditemukan penderita frambusia.

Dari hasil kuestioner yang diberikan pada pengambil kebijakan informasi tentang banyaknya penderita frambusia ini tidak disampaikan pada rapat koordinasi dengan para pengambil kebijakan di Tingkat Kabupaten, sehingga para pengambil kebijakan tidak memiliki gambaran tentang potensi gambaran permasalahan yang terdapat di lapangan yang sewaktu-waktu dapat menimbulkan kejadian luar biasa sehingga anggaran yang dialokasikan juga sangat minim.

Minimnya anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan surveilans epidemiologi mencerminkan kurang piawaian para pengelola data untuk menggali sebanyak mungkin sumber informasi dan menampilkan sinyal-sinyal epidemiologis yang mampu menarik perhatian para pengambil kebijakan.

6.1.2 Studi eksploratif untuk mendapatkan gambaran tentang penyakit frambusia di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton

Untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam pengembangan model surveilans epidemiologi pemberantasan penyakit frambusia, diperlukan unsur-unsur terkait antara lain orang tua penderita, kader kesehatan, guru sekolah dasar, aparat desa dan petugas kesehatan.

Hasil yang diperoleh sebagai berikut :

6.1.2.1 Responden Orang Tua Penderita Penyakit Frambusia

Pendidikan dari responden (71,7 %) tidak pernah mengenyam pendidikan, dengan jumlah anak yang dimiliki kebanyakan (56,52 %) berjumlah 4 – 6 orang, namun jumlah penderita yang ditemukan paling banyak dalam satu keluarga antara 1 – 3 orang (76,09 %) bahkan ada keluarga yang jumlah anaknya enam orang semuanya pernah menderita penyakit frambusia. Dengan minimnya pendidikan dari orang tua penderita menyebabkan pengetahuan tentang hidup bersih dan sehat sangat kurang.

Dari hasil penelitian terungkap bahwa, walaupun orang tua mengatakan penyakit frambusia sangat merugikan pada anak (50 %), sedih dan susah karena tidak bisa sekolah akan tetapi mereka bahwa penyakit frambusia tidak merupakan masalah (65,2 %). Alasan mereka karena penyakit

ini tidak mematikan sementara anak yang menderita penyakit frambusia masih bisa bermain dengan temannya dan masih dapat membantu mereka di rumah bahkan di kebun.

Pemahaman responden selama ini terhadap penyakit frambusia adalah penyakit ini disebabkan oleh kutukan atau guna-guna sehingga sebelum masa tiga bulan orang tua akan membawa ke dukun (95,6 %) dan hanya 2,2 % yang membawa ke Puskesmas. Pada hal kita tahu bahwa peneluran penyakit frambusia ini melalui kontak langsung. Apabila dibiarkan selama tiga bulan maka penderita akan menularkan pada saudaranya yang lain, akibatnya jelas kasus akan meningkat.

Dalam hal pelaporan 100 % para orang tua penderita tidak perlu melaporkan anaknya yang menderita penyakit frambusia ke aparat desa dan 95,6 % tidak perlu dilaporkan ke petugas kesehatan, akibatnya aparat desa dan petugas kesehatan menganggap bahwa tidak ada masalah di daerahnya. Namun setelah dilakukan pelacakan baru ditemukan penderita yang sangat banyak.

Dampak dari pelonjakan penderita ini akan berpengaruh terhadap penyediaan obat, peralatan pengobatan dan biaya operasional, sehingga yang terjangkau oleh pelayanan kesehatan hanya penderita yang berobat ke

Puskesmas atau penderita yang berada di sekitar lokasi Puskesmas. Sementara penderita yang berjarak 12 km dari wilayah Desa Lolibu dan merupakan daerah terpencil serta berbatasan dengan Kabupaten Muna tidak bisa terjangkau oleh pelayanan.

Dengan demikian masih banyak kantong-kantong lokasi penyakit frambusia yang belum terjangkau pelayanan kesehatan dan perlu mendapatkan perhatian dari pemerintah Propinsi Sulawesi Tenggara untuk mengatasi daerah lintas batas antar Kabupaten.

Rendahnya pemahaman masyarakat akan pentingnya masalah kesehatan tercermin dari hasil wawancara yang mengharuskan petugas kesehatan yang mencari penderita (95,6%), hanya 2,2 % orang tua yang sadar mau membawa anaknya untuk berobat ke Puskesmas.

Kendala yang diutarakan oleh para responden kebanyakan tidak tahu harus melaporkan apabila ada anaknya menderita penyakit frambusia serta adanya kendala sosial ekonomi karena kebanyakan penderita ini berada di daerah terpencil dan jauh dari pelayanan kesehatan. Namun ada juga yang sama sekali tidak melapor karena kepercayaan yang mereka terima dari leluhurnya bahwa anak yang menderita frambusia harus disembunyikan selama tiga bulan, setelah

menyebar di seluruh badan baru boleh diobati d oleh petugas kesehatan.

Hal ini tidak mengherankan karena selama tahun 2002 hanya dilakukan sebanyak dua kali penyuluhan itupun terbatas pada saat pelacakan dan pengobatan penderita. Sementara orang tua yang anaknya tidak menderita frambusia pada saat penyuluhan tidak datang ke pelayanan kesehatan.

6.1.3 Responden kader kesehatan

Hasil penelitian memperlihatkan walaupun kader berpendidikan hanya tamat SD (66,7 %), namun pemahaman terhadap penyakit frambusia sudah cukup baik. Disamping para kader sering mengikuti penyuluhan, juga sering mendampingi apabila ada kunjungan baik dari sektor kesehatan maupun non kesehatan sehingga pemahaman akan pentingnya hidup bersih dan sehat lebih baik.

Kendala dalam pelaporan adalah para kader sadar bahwa penyakit ini harus dilapaorkan kepada petugas kesehatan, namun kenyataan di lapangan belum seperti yang diharapkan karena mereka tidak tahu manfaat dari pelaporan kasus penyakit frambusia.

Dari segi pelayanan kesehatan tidak jauh berbeda dengan orang tua penderi, dalam hal ini kader juga mengatakan bahwa petugas Puskesmas yang berkepentingan untuk mencari penderita. Hal ini menunjukkan bahwa penyuluhan tentang penting

pemanfaatan pelayan kesehatan sangat rendah walaupun dalam pemberantasan penyakit frambusia tidak dipungut biaya.

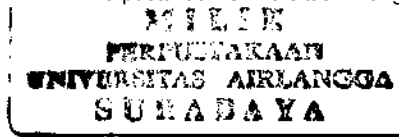
6.1.4 Responden petugas kesehatan di wilayah Puskesmas Lakudo

Dari segi pendidikan petugas Puskesmas 81,8 % berpendidikan sekolah perawat kesehatan (SPK) dan kebanyakan petugas kesehatan ikut bertanggung jawab terhadap penyakit frambusia, kenyataan di lapangan tidak demikian. Hal ini dapat dibuktikan dengan laporan yang diperoleh hanya berasal dari petugas frambusia.

Petugas Puskesmas menyadari bahwa masih banyak penderita yang belum dilaporkan serta terdaftar di Puskesmas (90,9 %) sehingga laporan LBI belum cukup memberikan informasi tentang penyakit frambusia di wilayah kerja Puskesmas Lakudo.

Pengamatan penyakit di lapangan belum memadai serta perlu melibatkan sektor terkait. Hal ini terkait dengan informasi tentang pentingnya penanganan penyakit frambusia belum diterima oleh petugas kesehatan, kenyataan ini ditunjang dengan data bahwa petugas belum ada yang dilatih (100 %).

Selama ini petugas kesehatan yang lain belum sepenuhnya terlibat dalam pemberantasan penyakit frambusia karena belum pernah dibahas dalam mini lokakarya di Puskesmas, sebaiknya petugas yang menemukan penderita frambusia agar melaporkan



kepada petugas frambusia untuk dicari dan diobati kontakannya.

Dengan demikian rantai penularan dapat diputuskan dengan segera.

6.1.5 Responden guru-guru yang bekerja di Desa Lolibu Kecamatan Lakudo

Walaupun para guru mengatakan bahwa penyakit frambusia ini perlu ditanggulangi, merugikan dan merasa susah maupun sedih apabila muridnya menderita penyakit frambusia, serta menganjurkan untuk berobat ke Puskesmas. Kenyataannya memperlihatkan bahwa selama ini guru belum melaporkan ke petugas puskesmas apabila disekolahnya ditemukan penderita frambusia.

Kenyataan yang paling mengejutkan adalah guru selalu menganjurkan murid yang menderita untuk berobat ke Puskesmas, kebanyakan 100 % orang tua melarangnya karena adanya anggapan bahwa penderita harus dibiarkan selama tiga bulan baru boleh ditangani petugas kesehatan.

Dari hasil survei menunjukkan bahwa guru perlu diberikan pelatihan atau informasi tentang pentingnya pemberantasan penyakit frambusia dan perlu dimasukkan dalam kegiatan UKS, agar para guru dapat mengetahui dan berperan aktif dalam membantu petugas kesehatan dalam menanggulangi penyakit ini dimasa datang.

Kendala yang dirasakan dari segi pelayanan 100 % guru mengatakan petugas Puskesmas yang datang mencari penderita, ini

adalah anggapan yang salah untuk itu perlu penanganan dari pihak Puskesmas terutama Kepala Puskesmas harus mencari solusinya.

Untuk mengatasi hal tersebut diatas sebaiknya Kepala Puskesmas beserta pemerintah Kecamatan mencari solusi pandangan yang keliru terhadap pelayanan kesehatan ini, karena mereka menganggap bahwa masalah frambusia adalah masalah instansi kesehatan saja.

6.1.6 Responden aparat desa Lolibu Kecamatan Lakudo

Pandangan aparat desa tidak jauh berbeda dengan responden lainnya, mereka juga menganggap penyakit ini tidak perlu diketahi kepala desa dan aparat desa tidak perlu melaporkan ke aparat desa apabila ada warganya yang menderita penyakit frambusia.

Dalam hal mencari pengobatan, pandangan kepala desa juga mengharuskan bahwa petugas puskesmas yang mencari penderita frambusia bukan kesadaran penderita untuk berobat.

6.2 Hasil Nominal Fokus Group Diskusi Teknik (NFGDT) para pengambil kebijakan dalam penanggulangan penyakit f rambusia.

Para pengambil kebijakan dalam upaya penanggulangan penyakit frambusia melibatkan Asisten II kantor Bupati Kabupaten Buton, Ketua Bappeda Kabupaten Buton, Ketua dan anggota Komisi E DPRD Kabupaten Buton, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Buton jajaran kesehatan dan staf Seksi surveilans dan P2ML Propinsi, Kepala Dinas Pendidikan Nasional

Kecamatan Lakudo, Kepala Wilayah Kecamatan Lakudo dan Kepala Puskesmas Kecamatan Lakudo yang tergabung dalam nominal fokus group diskusi teknik (NFGDT).

Dari hasil survei menunjukkan bahwa para pegambil kebijakan selama ini kurang mendapatkan informasi dari pihak kesehatan tentang besarnya permasalahan yang terdapat di lapangan, walaupun para pengambil kebijakan telah mengetahui bahwa penyakit ini sudah ditangani oleh pihak kesehatan.

Namun setelah dikonfirmasi dengan pihak kesehatan mengatakan bahwa penyakit ini sudah merupakan prioritas dalam pemberantasan penyakit akan tetapi hal ini merupakan spesifik daerah maka proposal yang telah diajukan berupa safari frambusia sampai saat ini belum mendapatkan persetujuan baik dari pihak Departemen Kesehatan maupun dari Pemerintah Daerah.

Dalam waktu dekat akan diadakan konfirmasi dan hearing antara Komisi E DPRD dengan sektor terkait maupun pihak Bappeda guna membahas permasalahan penyakit frambusia ini.

Penyakit ini merupakan salah satu penyakit menular yang sangat memalukan dan penanganannya cukup mudah, oleh karena itu para pengambil kebijakan sepakat akan melakukan koordinasi yang baik dengan sektor terkait guna menuntaskan permasalahan penyakit frambusia di masa yang akan datang.

Dari pihak pengambil kebijakan mengatakan bahwa petugas kesehatan dalam melaksanakan tugasnya agar jangan terkotak-kotak dalam menanggulangi permasalahan yang terdapat di wilayah kerja masing-masing dan diperlukan kerja sama baik lintas Kecamatan maupun lintas Kabupaten yakni untuk menanggulangi permasalahan penyakit frambusia di daerah perbatasan.

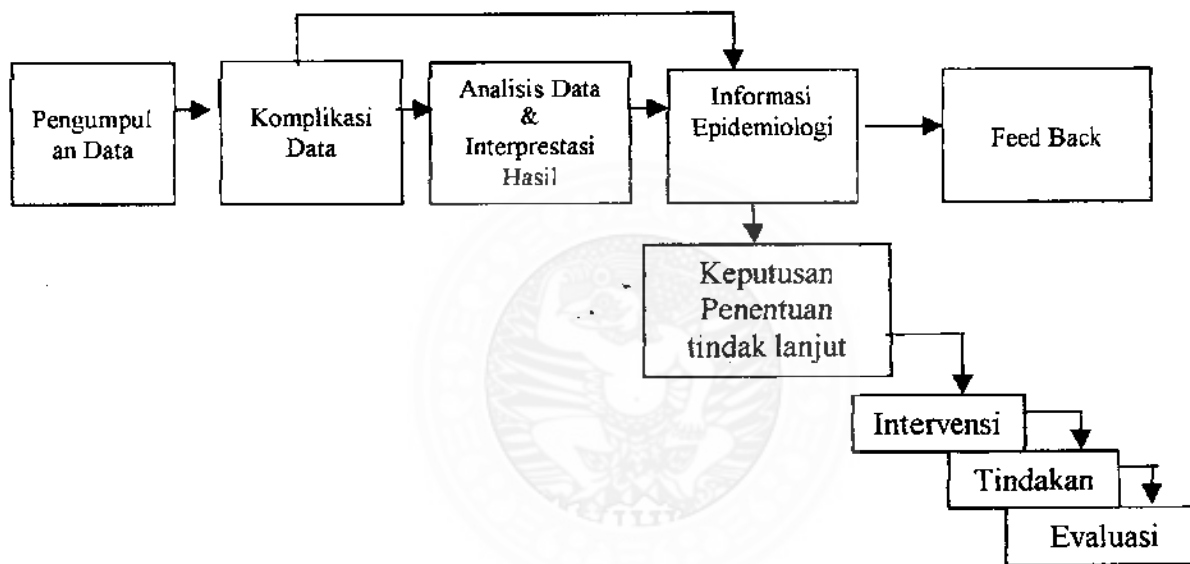
Untuk penyebaran informasi pihak kesehatan selama ini belum merancang model yang dapat diterapkan untuk menjangkau penderita dilapangan dan sepengetahuan para pengambil kebijakan penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan sangat jarang menyentuh masyarakat yang jauh untuk itu pihak kesehatan segera mencari solusi dalam penanganan penyakit ini dilapangan.

Selama ini diakui bahwa dana yang dialokasikan untuk kegiatan pemberantasan sangat minim hal ini kurang advokasi pada para pengambil kebijakan yang menyangkut dengan pendanaan sehingga para pengambil kebijakan belum memprioritaskan untuk penanggulangan penyakit ini dalam anggaran baik APBD tingkat Kabupaten, DAU Kabupaten maupun Propinsi pada hal dana yang tersedia di Kecamatan cukup banyak untuk menunjang kegiatan di sektor pelayanan kesehatan.

6.3 Pengembangan Model Surveilans Epidemiologi Penyakit Frambusia Desa

Lolibu dan Puskesmas Lakudo Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton

Model surveilans epidemiologi yang sedang berjalan di seluruh Indonesia termasuk di Puskesmas Lakudo seperti tertera pada gambar dibawah ini



Gambar 6.1 Bagan Alur Sistem Surveilans Epidemiologi
 Sumber: Departemen Kesehatan RI, Pedoman Surveilans
 Epidemiologi Penyakit Menular, 1994, hal 7
 (Modifikasi oleh A. Ratgono)

Kelemahannya adalah model ini tidak melibatkan masyarakat maupun petugas lain di Puskesmas sehingga data yang diperoleh tidak mencerminkan keadaan sebenarnya di lapangan sehingga sinyal epidemiologis tidak muncul akibat kekurangan informasi.

Kelebihan dari model tersebut diatas sudah berjalan di seluruh Puskesmas di Indonesia termasuk Propinsi Sulawesi Tenggara

Setelah dilakukan penelitian di lapangan terhadap aspek-aspek surveilans penyakit frambusia, ditemukan berbagai kendala yang menjadi pemisah antara apa yang terjadi di lapangan dengan apa yang diharapkan dengan merujuk kepada tabel 2.3 tentang potensi sumber data pelaporan surveilans.

Berbagai harapan yang ingin dicapai dalam penerapan surveilans epidemiologi penyakit frambusia adalah sebagai berikut.

Harapan:

1. Dengan model/alur pelaporan Surveilans epidemiologi yang ada, diharapkan akan diperoleh data kesakitan penyakit frambusia yang optimal dari dalam dan luar Puskesmas. (kotak A)
2. Data yang terhimpun dari berbagai sumber, akan dikompilasi dengan baik untuk menghasilkan laporan jumlah kasus di seluruh wilayah kerja Puskesmas (kotak B)
3. Data ini di Puskesmas akan di analisis dan diinterpretasikan secara sederhana sehingga memberikan gambaran tentang situasi penyakit frambusia di wilayah kerja Puskesmas. (kotak C).
4. Data tersebut ditambah dengan penjelasan epidemiologi sederhana, akan dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten untuk diolah menjadi informasi dan sinyal-sinyal epidemiologis untuk kepentingan perencanaan, evaluasi dan tindakan (kotak D)

5. Ditingkat kabupaten, informasi ini akan menjadi bahan untuk umpan balik ke Puskesmas agar Puskesmas memahami arti informasi dan sinyal-sinyal epidemiologis untuk keperluan kewaspadaan dini (kotak E)
6. Dinas Kesehatan Kabupaten selanjutnya memanfaatkan informasi ini untuk melakukan advokasi dan lobby dengan pihak pengambil kebijakan untuk mendapatkan dukungan politik dan finansial dalam upaya memberantas penyakit frambusia (kotak F)
7. Hasil dari advokasi dan lobby dengan para pengambil kebijakan, akan memberikan kontribusi yang bermanfaat dalam melakukan intervensi dan tindakan yang optimal untuk memberantas penyakit frambusia (kotak GHI).

Fakta/Kenyataan di Lapangan:

1. Informasi jumlah kasus di lapangan tidak optimal karena berbagai permasalahan yang ditemukan seperti:
 - a. masyarakat tidak ingin membawa anak mereka ke Puskesmas.
 - b. masyarakat juga tidak ingin melaporkan anak mereka yang sakit ke aparat desa.
 - c. masyarakat membiarkan anak mereka terkena penyakit frambusia dan menunggu sampai tiga bulan baru dilakukan pengobatan.
 - d. Masyarakat lebih senang mencari pengobatan ke dukun setelah tiga bulan.

- e. Kalaupun mereka menerima pengobatan melalui Puskesmas, mereka menginginkan petugas puskesmas mendatangi penderita di rumah.

Dengan berbagai kendala seperti ini, fenomena gunung es penderita penyakit frambusia sulit terungkap.

2. Petugas Puskesmas Pembantu Desa Lolibu telah mencatat penderita yang berobat maupun yang ditemukan dilapangan. Namun ternyata laporan jumlah penderita ini, tidak dimasukkan ke dalam Laporan Kesakitan di Puskesmas (LB1). Contoh untuk tahun 2002 Puskesmas Pembantu Desa Lolibu melaporkan jumlah kasus frambusia selama tahun 2002 sebanyak 164 orang, namun yang tercatat dan dilaporkan oleh Puskesmas Kec. Lakudo ke Dinas Kesehatan Kabupaten Buton hanya 4 orang untuk seluruh wilayah kerja Puskesmas Kec. Lakudo selama tahun 2002.
3. Keadaan ini diperburuk dengan adanya dua orang petugas yang mencatat kasus penyakit frambusia di Puskesmas, masing-masing petugas RR dan petugas frambusia. Namun keduanya tidak berkordinasi dalam memberikan data jumlah penderita penyakit frambusia untuk dilaporkan melalui LB1 ke tingkat kabupaten.
4. Akhirnya data kesakitan penyakit frambusia di Puskesmas tidak menggambarkan kenyataan yang sesungguhnya. Hal ini merembet pada analisis dan interpretasi yang keliru tentang keadaan penyakit frambusia di lapangan, yang berujung pada pengambilan kebijakan dan tindakan yang keliru oleh Kepala Puskesmas.

5. Selanjutnya data yang miskin dan tidak mewakili ini dikirim secara mentah ke Dinas Kesehatan Kabupaten. Di tingkat Kabupaten, data yang sudah tidak akurat ini kemudian menjadi tambah asing dan tidak terarah karena:
- a. data yang masuk tidak mencerminkan keadaan yang sebenarnya di lapangan.
 - b. Petugas yang ada masih memiliki kemampuan yang terbatas untuk menerjemahkan data yang masuk dari lapangan menjadi informasi dan sinyal-sinyal epidemiologis yang layak dikomunikasikan dan diadvokasikan ke para pengambil kebijakan.
 - c. Walaupun petugas surveilans memiliki kemampuan tersebut, maka informasi epidemiologi yang diberikan akan bias karena karena data yang masuk tidak mewakili keadaan penyakit yang sesungguhnya.
 - d. Masih minimnya upaya petugas surveilans tingkat kabupaten untuk melakukan umpan balik dan supervisi untuk mengecek kebenaran isi laporan yang diterima.
 - e. Informasi yang keliru ini sulit di advokasikan / dinegosiasikan ke para pengambil kebijakan, karena sebesar apapun masalahnya, namun yang nampak dan tertuang dalam laporan adalah tidak ada masalah.
6. Akibatnya, baik pihak Dinas Kesehatan Kabupaten maupun para penentu kebijakan akan mengalami kesulitan dalam memutuskan langkah-langkah

yang akan diambil untuk menanggulangi penyakit frambusia, karena data serta laporan yang ada tidak pernah menyinggung persoalan ini, sehingga anggaranpun tidak dialokasikan untuk penanggulangan penyakit ini.

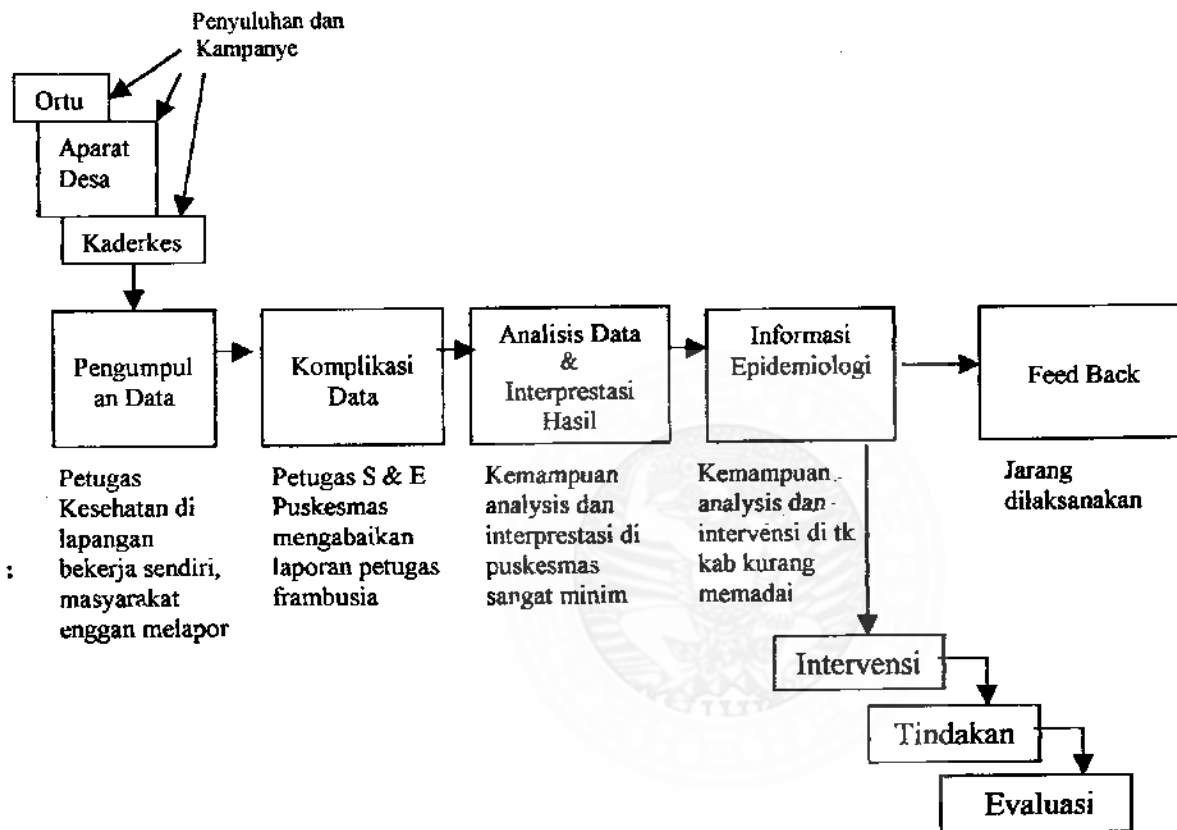
7. Kesemuanya ini tercermin dalam bentuk perencanaan dan implementasi program pemberantasan penyakit frambusia yang tidak menjawab permasalahan yang ada di lapangan. Contoh sederhana adalah bagaimana Dinas Kesehatan Propinsi mengalokasikan dana yang cukup besar dalam anggaran pemberantasan untuk perjalanan supervisi petugas Propinsi ke Kabupaten dan Kecamatan, sementara dana untuk pencarian dan penemuan kasus di lapangan tidak tersedia. Padahal Komisi E DPRD Kab Buton yang membidangi Kesehatan, menginginkan agar sebagian besar anggaran pemberantasan penyakit frambusia dialokasikan untuk petugas Puskesmas dan Puskesmas pembantu yang mencari dan menangani penderita di lapangan.

6.4 Model Surveilans Epidemiologi yang diusulkan:

Dalam pengembangan model yang diusulkan ini diperlihatkan bagaimana berbagai alternatif langkah-langkah yang akan ditempuh, memberikan dampak dalam upaya mendapatkan hasil yang optimal dalam meningkatkan sistem surveilans epidemiologi penyakit frambusia di Desa Lolibu. Dengan demikian diharapkan masyarakat, terutama guru mau melaporkan apabila ditemukan kasus di sekolah.

Model yang dikembangkan berdasarkan beberapa prioritas yakni:

Prioritas I.



Gambar 6.2 Pembangan Model Surveilans Epidemiologi Penyakit Prambusia Berdasarkan Proritas I

Dalam prioritas I ini dilakukan kegiatan penyuluhan tentang Penyakit Frambusia serta kampanye untuk memberikan pengaruh yang lebih dalam tentang pentingnya partisipasi masyarakat dalam upaya pemberantasan penyakit Frambusia.

Sasaran dari kegiatan ini adalah masyarakat Desa Lolibu secara umum, serta tokoh masyarakat seperti Tokoh Agama, Aparat Desa, Guru Sekolah, dan Kader Kesehatan.

Kegiatan dilakukan serempak dalam berbagai bentuk seperti perlombaan dan hiburan. Kegiatan ini tentu membutuhkan biaya dan partisipasi masyarakat

Output yang diharapkan dari kegiatan ini adalah:

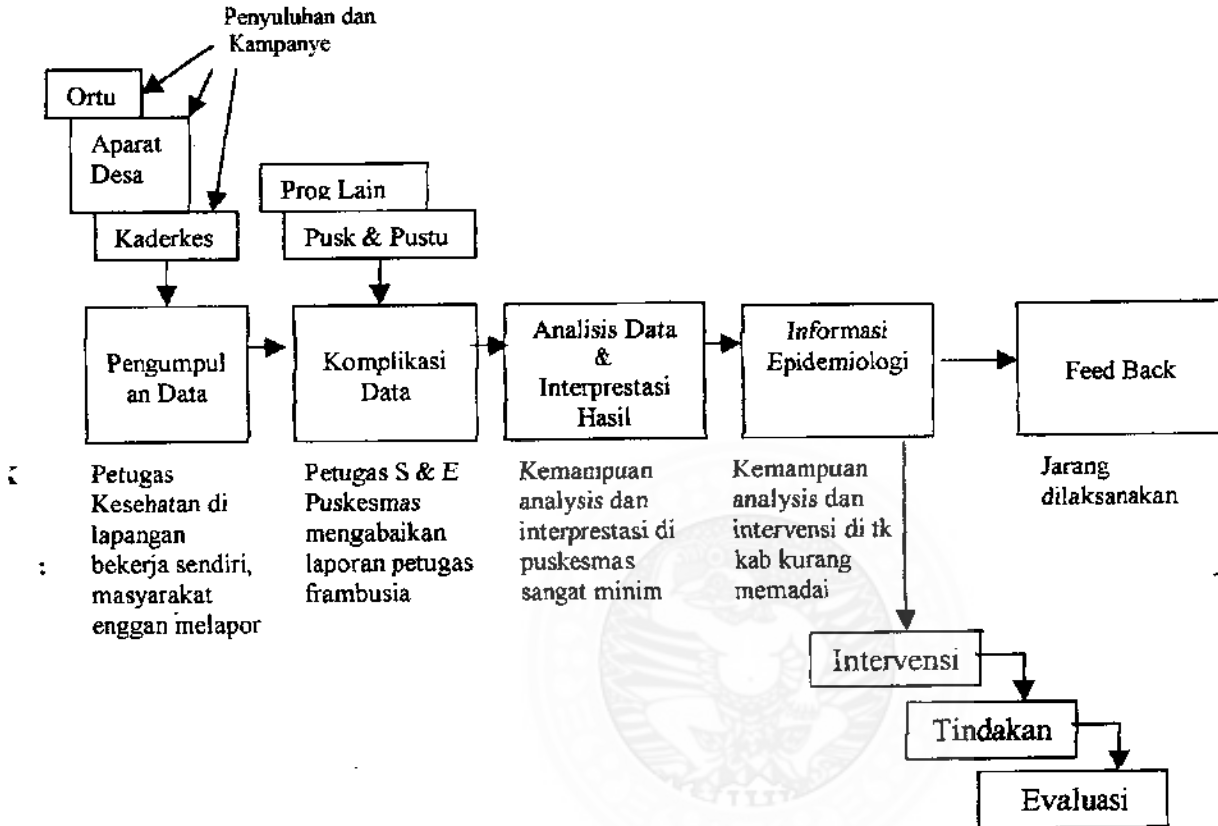
1. Lahirnya serta meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya pencegahan penyakit Frambusia serta kesadaran mereka untuk melaporkan setiap kasus yang terjadi di lingkungan mereka.
2. Tumbuhnya rasa malu kalau ada diantara anggota keluarga mereka yang menderita penyakit Frambusia.

Dampak yang diharapkan adalah meningkatnya cakupan pelaporan kasus penyakit Frambusia di Desa Lolibu.

Namun semua harapan ini akan kandas manakala petuga Puskesmas tidak memperhatikan informasi dan laporan kasus penyakit ini dari berbagai sumber yang ada. Apalagi partisipasi masyarakat dalam meningkatkan cakupan pelaporan penyakit Frambusia masih merupakan hal yang baru dan belum tersosialisasikan dalam kegiatan pelaporan.

Oleh karena itu, walaupun masyarakat sudah berpartisipasi untuk melaporkan setiap kasus yang ditemukan, namun hasilnya akan sia-sia manakala petugas Puskesmas tidak menyambutnya. Dengan demikian Pelaksanaan Surveilans dan Frambusia di tingkat Kabupaten tetap saja akan bergelut dengan data yang minim dan tidak akurat.

Prioritas II

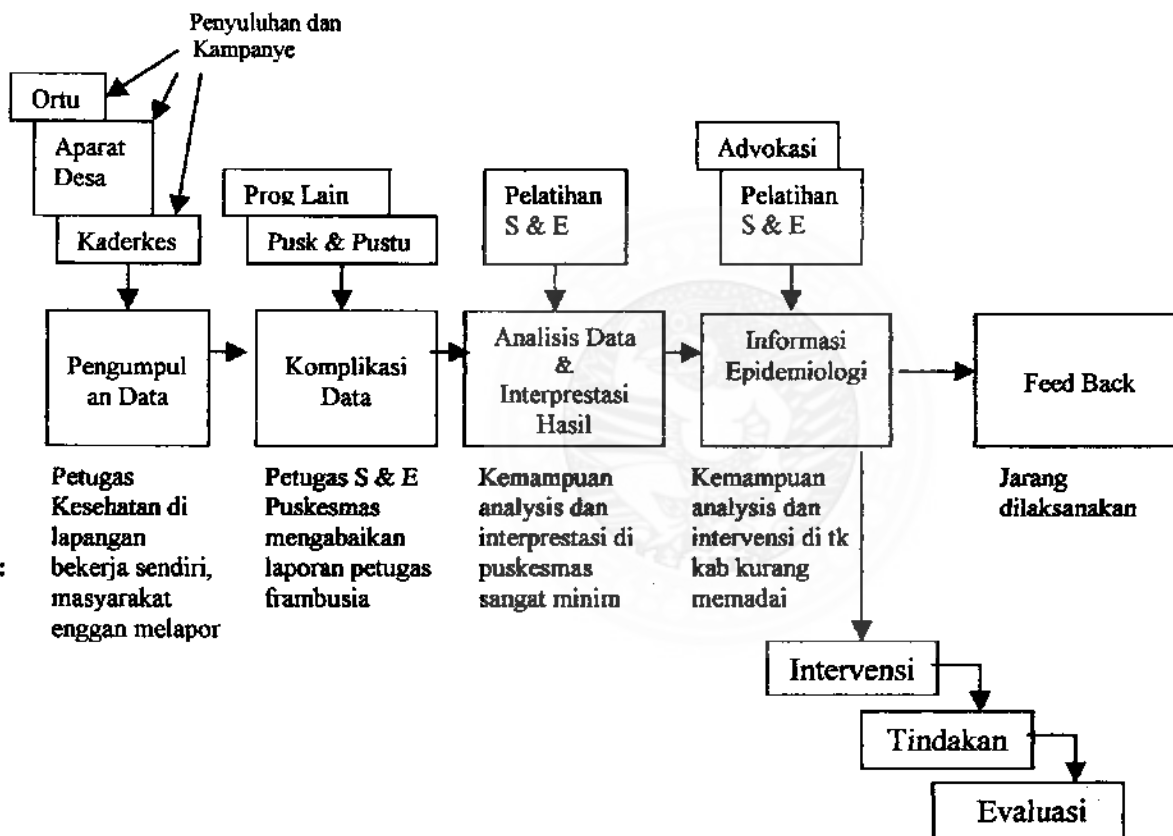


Gambar 6.3 Pembangan Model Surveilans Epidemiologi Penyakit Prambusia Berdasarkan Proritas II

Manakala masyarakat sudah termotivasi untuk melaporkan kasus penyakit frambusia ke Aparat Desa dan Puskesmas, maka kendala selanjutnya yang harus dibenahi adalah petugas Surveilans dan Frambusia di Puskesmas. Petugas Surveilans dan Frambusia di Puskesmas harus dimotivasi serta ditingkatkan ilmu dan kemampuannya di bidang surveilans. Petugas Frambusia harus membina kerjasama yang erat dengan petugas surveilans Puskesmas, agar laporan petugas Surveilans dan petugas Frambusia di Puskesmas yang tiba di Dinas Kesehatan Kabupaten tidak berbeda antara satu dengan yang lain. Dengan masuknya laporan penyakit dari masyarakat secara

optimal, dan didukung pola kerja petugas Surveilans dan Frambusia yang profesional serta kerja sama yang baik antar keduanya, diharapkan akan diperoleh pelaporan kasus penyakit Frambusia yang optimal pula.

Prioritas III



ambar 6.4 Pembinaan Model Surveilans Epidemiologi Penyakit Prambusia Berdasarkan Proritas III

Dengan diawali penyuluhan dan kampanye yang gencar dimasyarakat serta disusul dengan pembinaan dan peningkatan kualitas petugas Surveilans dan Frambusia di Puskesmas, sudah dapat meningkatkan cakupan pelaporan Penyakit Frambusia di Puskesmas. Dengan demikian laporan kejadian kasus penyakit Frambusia di lapangan diharapkan akan mendekati kejadian ril. Namun kesemuanya ini belum dianggap cukup, kalau informasi yang masuk ke Dinas

Kesehatan Kabupaten belum dapat diolah, diinterpretasikan serta disajikan sebagai informasi epidemiologis yang bermanfaat untuk perencanaan program pembangunan kesehatan Kesehatan.

Oleh karena itu dalam prioritas ketiga ini diharapkan baik masyarakat, petugas Surveilans dan Frambusia di Puskesmas maupun Pengelola Surveilans dan Frambusia di Dinas Kesehatan Kabupaten, berperan aktif sesuai dengan bidang dan tugas yang diemban masing-masing.

Masyarakat akan termotivasi untuk melaporkan kasus yang terjadi di lingkungan mereka. Petugas Surveilans dan Frambusia di Puskesmas akan termotivasi untuk lebih giat mengumpulkan, mencatat dan melaporkan setiap kasus penyakit Frambusia yang dilaporkan masyarakat maupun petugas Kesehatan di desa.

Selanjutnya Pelaksana Surveilans dan Frambusia di Dinas Kesehatan Kabupaten dimotivasi, ditingkatkan kemampuannya, serta dibina untuk mampu mengolah, menginterpretasikan dan mengadvokasikan informasi epidemiologis kepada para pengambil kebijakan, baik kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, maupun para pengambil kebijakan lintas sektoral.

Dengan kemampuan seperti ini, diharapkan para pengambil kebijakan akan memberikan dukungan mereka baik politis maupun finansial.

Secara sederhana, prioritas ketiga ini merupakan alternatif terbaik manakala:

1. Masyarakat berperan aktif untuk ikut mendukung peningkatan cakupan penemuan dan pelaporan kasus baru penyakit Frambusia

2. Petugas Surveilans dan Frambusia di Puskesmas dimotivasi, dilatih dan dibina untuk menyadari arti pentingnya data penyakit dalam kegiatan surveilans epidemiologi.
3. Pelaksana Surveilans dan Frambusia di Dinas Kesehatan Kabupaten, dimotivasi, dilatih serta dibina sehingga mampu menganalisis dan menginterpretasikan data-data epidemiologis untuk kemudian mengadvokasikannya kepada para pengambil kebijakan.
4. Para pengambil kebijakan yang memahami sinyal-sinyal epidemiologis yang diadvokasikan, akan menyadari pentingnya program pemberantasan penyakit frambusia, yang pada gilirannya akan memberikan dukungan politis dan finansial.
5. Bila kesemuanya ini berjalan mulus, maka Dinas Kesehatan Kabupaten beserta Puskesmas, akan memiliki program yang benar-benar menyentuh kebutuhan masyarakat serta akan memberikan hasil yang optimal.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan analisis dan pembahasan menunjukkan hasil sebagai berikut:

- 7.1.1 Sistem surveilans yang sudah berjalan di Puskesmas belum memenuhi persyaratan suatu sistem yang diharapkan, sehingga tidak mencerminkan keadaan penyakit di masyarakat.
- 7.1.2 Masyarakat, aparat desa, guru dan kader kesehatan kurang memahami dan belum mengetahui pentingnya bahaya yang diakibatkan sehubungan dengan penyakit frambusia yang diderita oleh anaknya.
- 7.1.3 Pengembangan model sistem surveilans yang dapat diaplikasikan berdasarkan prioritas ini perlu diuji cobakan baik di Puskesmas Lakudo maupun di Puskesmas lain.
- 7.1.4 Apabila dilakukan survei dan pelacakan secara aktif di lapangan kasus tiba-tiba meningkat yang sebelumnya tidak ada laporan.
- 7.1.5 Hampir 65 % kasus ditemukan di sekolah. Walaupun guru menyakan penyakit ini perlu dilaporkan ke Puskesmas, namun kenyataannya guru tidak melapor adanya kasus frambusia di sekolah.
- 7.1.6 Masyarakat menganggap frambusia ini bukan suatu penyakit sehingga tidak perlu berobat, sambil menunggu selama tiga bulan mereka berobat ke dukun karena menganggap bila di suntik akan

masuk ke dalam tubuh bisa menyebabkan kematian. Terungkap bahwa petugas Puskesmas yang aktif mencari penderita ke lapangan.

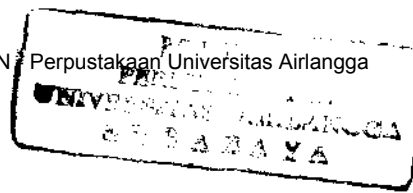
- 7.1.7 Sistem surveilans yang dipakai di Puskesmas Lakudo belum menekankan pentingnya partisipasi masyarakat dalam mendukung pengumpulan data penyakit.
- 7.1.8 Puskesmas tidak berupaya untuk mendapatkan data penyakit frambusia secara optimal dan hanya bergantung pada kasus yang berkunjung ke Puskesmas saja.
- 7.1.9 Petugas surveilans Kabupaten belum mampu menampilkan informasi dan sinyal-sinyal epidemiologis yang dapat dikomunikasikan dan diadvokasikan pada pengambil kebijakan.
- 7.1.10 Para pengambil kebijakan selama ini kurang mendapat informasi yang up to date dari pihak Dinas Kesehatan Kabupaten, sehingga alokasi dana sangat minim untuk pemberantasan dan menjangkau luasnya wilayah.
- 7.1.11 Sulit mendapatkan literatur untuk menunjang dalam pembahasan, karena penyakit ini sangat jarang bahkan sudah tidak diketemukan lagi di negara maju termasuk Indonesia Bagian Barat.

7.2 Saran

- 7.2.1 Model surveilans yang ada perlu dikembangkan dan disempurnakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat, sektor terkait serta peningkatan kualitas tenaga surveilans di tingkat Kecamatan dan Kabupaten.
- 7.2.2 Perlu dilakukan penyuluhan dan kampanye untuk mensosialisasikan pemberantasan penyakit frambusia di masyarakat dengan pesan utama bahwa penyakit dapat dan mudah disembuhkan serta gratis.
- 7.2.3 Sistem surveilans epidemiologi yang telah berjalan baik di Puskesmas maupun di tingkat Kabupaten sebaiknya merangkum data dari berbagai laporan bukan hanya dari satu laporan saja dan petugas yang menangani perlu berkoordinasi dengan para pengelola program lainnya guna menghimpun informasi yang dibutuhkan.
- 7.2.4 Untuk merealisasikan berbagai kebutuhan ini maka dirancanglah sebuah model surveilans penyakit frambusia di Desa Lolibu dan ditunjang dukungan dana yang memadai dari Pemerintah.
- 7.2.5 Model yang disarankan ini bukan hanya terbatas untuk Desa Lolibu tetapi juga bermanfaat dan perlu diuji cobakan di daerah lain baik lokal, nasional maupun internasional.
- 7.2.6 Untuk mengarah kepada kesempurnaan model ini perlu dilakukan advokasi baik kepada Dinas Kesehatan Propinsi, para pengambil kebijakan maupun para ahli di bidang terkait untuk mendapatkan masukan guna penyempurnaan model.



DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 1991. *Dasar-dasar Evaluasi Pendidikan*, Jakarta: Bumi Aksara
- Benenson, A.S, 1990. *Control of Communicable Disease in Man*, American Public Health Association, Washington DC.
- Brenner R, 2003. *The Hierarchy of Need for Project Organizations* (Internet), hal. 2
- Elder JP, Geller ES, Hovell MF, Mayer JA, 1994. *Motivating Health Behavior*; New York, Delmar Publisher Inc.
- G.C. Cook, MD., DSc FRCP Frcp FLS, 1993. *Manson's Tropical Diseases*, WB Saunders Company Ltd, London Philadelphia Toronto Sydney Tokyo, hal. 940-946.
- Gentilini, 1993. *Medicine Tropical*, Flammarion Pronted in France, hal. 343-346.
- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, 1997. *Health Behavior and Health Education: Theory Research and Practice*, Second Edition, San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, hal.41-54.
- Gochman DS, 1988. *Health Behavior: Emerging Research Perspective*, New York, Plenum Press.
- Greenbaum TL, 1988. *The Practical Handbook and Guide to Focus Group Research*, Lexington, D.C. Heath and Company, hal. 10-105
- Halperin W, Baker EL, 1992. *Public Health Surveillance*, New York, Van Nostrand Reinhold, hal. 1
- Klein NC, 2001. *Yaws*, New York, CME, hal. Section 2.
- Milton D, 2003. *Applying Research to Nursing Practice*, Advance News Magazine (Internet), hal. 1-4
- Notoatmodjo, Soekidjo, 1989, *Pengantar Perilaku Kesehatan Masyarakat*, Jakarta.
- Perine PL, Hopkins DR, Niemel PLA, John RKSt., Causse G, Antal GM, 1984. *Handbook of Endemic Treponematoses*, Geneva, World Health Organization, hal. 8-10.
- Ratgono A, 2002, *Surveilans Epidemiologi Bagi Petugas Puskesmas*, Surabaya, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, hal. 1

- Simons JA, Irwin DB, Drinnien BA, 1987. *Maslow's Hierarchy of Need*, New York, West Publishing Company (Internet), hal.1-2
- Singarimbun, M.dan Effendi,S. 1986. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: LP2ES.
- Suyanto, Bagong, dkk, 1995. *Metode Penelitian Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Soedarsono, 1971, *Petunjuk Pemberantasan Penyakit Frambusia Untuk Petugas Kesehatan*, Jakarta.
- Soegiyono, 2000. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta.
- Talago Widodo. R., 1980, *Pembangunan Masyarakat Desa*, Jakarta.
- White AT, 1982. *Why Community Participation?*, Geneve, United Nations Children's Fund (UNICEF), hal. 17-24.
- , 2003. *Quality Research*, NHMRC Human Research Ethics Handbook (Internet), hal.1-2
- , 2003. *Seven Step to Planning Marketing Research*, TwentyTen Research (Internet), hal. 1-2
- ,2000. *Petunjuk Teknis Intensifikasi Unit Surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota*, Jakarta, Direktorat Jenderal PPM & PLP Departemen Kesehatan R.I., hal. 2-5
- , 1997. *Petunjuk Pengisian Formulir Pelaporan SP2TP*: Buku II, Seri C, Jakarta, Departemen Kesehatan R.I., Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, hal. Lampiran 1.
- , 1997. *Pedoman Sistem Informasi Manajemen Puskesmas: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas*: Buku I, Jakarta, Departemen kesehatan R.I., Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Hal. 1-12.
- , 1994. *Pedoman Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular*, Jakarta, Departemen Kesehatan R.I., Direktorat Jenderal PPM-PLP, Direktorat Epidemiologi dan Imunisasi, hal. 4-9
- , 2003. *Yaws Eradication Programme: Report of Active Search*, Baroda, Skin & Veneral Disease Government Medical College (Internet), hal. 1
- , 2003. *Control of yaws*, 50 Years of WHO in South East Asia (Internet), hal.1

- , 1972, *Perundang-undangan di Bidang Kesehatan*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- , 1981, *Himpunan Nomenklatur Bidang Kesehatan*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- , 1984, *Sistem Kesehatan Nasional (Cetakan Kedua)*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- , 1986, *Gejala Frambusia Dalam Gambar*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal PPM & PLP..
- , 1989, *Rencana Pembangunan Lima Tahun Bidang Kesehatan*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI.
- , 1990, *Tabulasi Pemberantasan Penyakit Frambusia dan Jadwal Kegiatan Pemberantasan Penyakit Frambusia*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal PPM & PLP.
- , 1999, *Epidemiologi Penyakit Frambusia*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal PPM & PLP.
- , 1999, *Pedoman Pemberantasan Penyakit Frambusia*, Jakarta, Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal PPM & PLP.
- , 2001 & 2002, *Laporan Hasil Pelaksanaan Program Pemberantasan Penyakit Frambusia Tahun 2001 & 2002*, Kendari, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara.
- , 2001 & 2002, *Laporan Hasil Kegiatan Pemberantasan Penyakit Frambusia Kabupaten Buton Tahun 2001 dan 2002*, Bau-Bau Buton, Dinas Kesehatan Kabupaten Buton.
- , 2002, *Laporan Puskesmas Kecamatan Lakudo Tahun 2002*, Lakudo Dinas Kesehatan Kabupaten Buton, Puskesmas Kecamatan Lakudo.