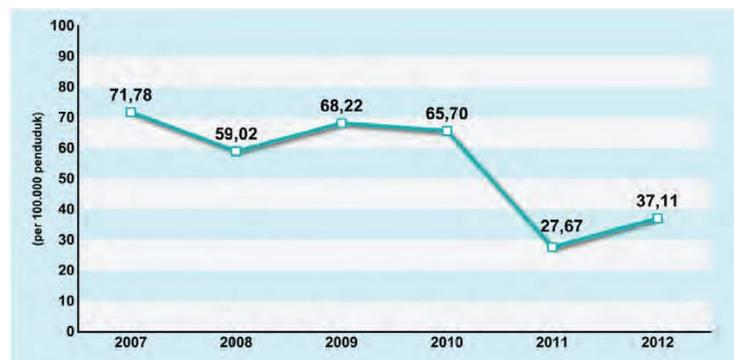


## I. PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Demam berdarah dengue (DBD) adalah salah satu penyakit menular yang merupakan masalah kesehatan masyarakat dan menimbulkan dampak sosial maupun ekonomi. Daerah endemis DBD tersebar di sebagian besar wilayah Indonesia, dan berulang kali menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) disertai kematian yang banyak. Berbagai penelitian mengenai faktor risiko terhadap kejadian DBD telah dilakukan oleh banyak peneliti. Walaupun demikian, pada umumnya kajian menunjukkan bahwa pengendalian DBD perlu dilakukan secara komprehensif dari berbagai aspek baik medis maupun sosial, dengan keterlibatan petugas kesehatan maupun pemberdayaan masyarakat<sup>1</sup>.

Pada tahun 2012, jumlah penderita DBD di Indonesia yang dilaporkan sebanyak 90.245 kasus dengan jumlah kematian 816 orang, dengan *Incidence Rate (IR)* sebanyak 37,11 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate (CFR)* sebesar 0,90%. Terjadi peningkatan jumlah kasus pada tahun 2012 dibandingkan tahun 2011 dimana tahun 2011 hanya sebesar 65.725 kasus dengan IR 27,67. Tren angka *Incidence Rate* DBD di Indonesia tahun 2007-2012 dapat dilihat pada tabel grafik berikut :



Gambar I.1 Angka *Incidence Rate* DBD di Indonesia tahun 2007-2012

Sejalan dengan peningkatan jumlah angka kesakitan, jumlah kabupaten atau kota yang terjangkit DBD pada tahun 2012 juga mengalami peningkatan, dari 374 kabupaten atau kota (75,25%) menjadi 417 kabupaten atau kota (83,9%) pada tahun 2012. Peningkatan ini menunjukkan semakin luasnya penyebaran DBD di setiap provinsi di seluruh wilayah Indonesia<sup>2</sup>.

Salah satu provinsi di Indonesia yang masih endemis DBD adalah Jawa Barat. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2012 menunjukkan bahwa pada tahun 2012 Jawa Barat menduduki jumlah kasus baru DBD tertinggi yaitu 19.663 kasus, diikuti oleh Jawa Timur 8.177 kasus, Jawa Tengah 7.088 kasus, Lampung 5.207 kasus dan Sumatra Selatan 3.243

kasus. Untuk jumlah kasus meninggal, Jawa Barat juga berada pada peringkat pertama pada tahun 2012 yaitu dengan jumlah kasus meninggal 167 kasus, diikuti oleh Jawa Timur 116 kasus, Jawa Tengah 108 kasus, Lampung 38 kasus dan Sumatra Utara 36 kasus. Dari 26 kabupaten/kota di Jawa Barat dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2012 selalu ditemukan kasus baru DBD di seluruh kabupaten setiap tahunnya<sup>3</sup>.

Kota Tasikmalaya merupakan salah satu kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat yang masih endemis DBD. Masih tingginya angka *Insidence Rate* di Kota Tasikmalaya yaitu mencapai angka 129,44, serta tingginya angka kematian yaitu sebanyak 3 kasus pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 6 kasus pada tahun 2014 (dari bulan Januari – September)<sup>4</sup> menunjukkan masih perlunya upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, manajemen tata laksana penderita di sarana pelayanan kesehatan, peningkatan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan di rumah sakit dan Puskesmas termasuk peningkatan sarana penunjang diagnostik dan penatalaksanaan bagi penderita di unit pelayanan kesehatan, termasuk juga mengenai upaya surveilans melalui Sistem Laporan Kewaspadaan Dini Rumah Sakit (KDRS).

Laporan KDRS DBD adalah laporan segera (1x24 jam setelah penegakan diagnosis) tentang adanya penderita Demam Dengue (DD), DBD, *Dengue Shock Syndrom* (DSS), termasuk tersangka DBD, agar segera dilakukan tindakan yang dibutuhkan. KDRS menggunakan form khusus dengan berbagai isian tentang hasil pemeriksaan pasien yang disalin dari dokumen rekam medis pasien. KDRS harus lengkap, akurat dan dikirimkan tepat waktu. KDRS dibuat oleh petugas rekam medis atau petugas surveilans rumah sakit. Kelengkapan dan ketepatan waktu dalam pelaporan KDRS merupakan hal yang paling penting karena akan mendukung koordinasi yang cepat antara rumah sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (DKK), Puskesmas dan masyarakat sehingga peningkatan kasus penyakit dalam satu wilayah akan dapat terdeteksi dan ditekan secara cepat. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1116 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, rumah sakit adalah salah satu unit penyelenggara surveilans epidemiologi dimana rumah sakit diharuskan melaksanakan surveilans epidemiologi dengan melakukan identifikasi, pelaporan dan kajian epidemiologi penyakit menular, tidak menular dan masalah kesehatan lainnya di rumah sakit. Dalam hal ini sistem pelaporan KDRS DBD adalah salah satu peran yang harus dilaksanakan rumah sakit dalam pelaksanaan fungsinya sebagai unit penyelenggara surveilans epidemiologi<sup>5</sup>.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, pelaporan KDRS belum dilakukan dengan optimal. Dari 7 rumah sakit umum yang seharusnya melakukan

surveilans aktif DBD melalui KDRS, belum ada satupun rumah sakit yang melaksanakan dengan cukup baik, karena masih ditemukan keterlambatan dan ketidaklengkapan dalam penyampain laporan KDRS, bahkan beberapa rumah sakit seringkali tidak melakukan pelaporan sehingga Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya harus mendatangi rumah sakit yang bersangkutan untuk mendapatkan data<sup>6</sup>. Berikut adalah data mengenai kasus DBD, DD dan DSS berdasarkan laporan yang masuk ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya pada tahun 2013.

No	Nama Rumah Sakit	Diagnosa	Jumlah Kasus Tiap Bulan pada Tahun 2013												Jml
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Ags	Sept	Okt	Nov	Des	
1	RSUD DR. Soekarjo	DD	9	11	7	3			17	42	20	20		1	130
		DBD	22	11	9	2	1	31	45	35	25	33	5	10	229
		DSS	1		1						1		1	2	6
2	RSU Jasa Kartini	DD	9	4	4	9	10			1				6	43
		DBD	18	27	24	29	41	48	58	67	53	17	43	18	443
		DSS							1			1		1	3
3	RSU Tasik Medika Citratama	DD	8		25	8					44	31	6		122
		DBD	2	1		40	59	23	20	32	14	17	19		227
		DSS													0
4	RSU Hj. Siti Muniroh	DD													0
		DBD					5	6	7	3	1	2			24
		DSS													0
5	RSU Permata Bunda	DD													0
		DBD	1												1
		DSS													0
6	RSU Prasetya Bunda	DD													0
		DBD													0
		DSS													0
7	RSU Syifa Medina	DD													0
		DBD													0
		DSS													0
														<b>1228</b>	

Tabel I.1 Data Pencatatan Kasus DBD, DD, DSS di Kota Tasikmalaya

Tabel di atas menunjukkan bahwa data dari 7 rumah sakit umum di Kota Tasikmalaya, hanya data KDRS DBD dari 3 rumah sakit yang masuk ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, itupun sebagian besar data diperoleh petugas DKK dengan mendatangi Rumah Sakit untuk mendapatkan laporan KDRS. Keterbatasan waktu dan tenaga petugas DKK mengakibatkan tidak semua rumah sakit dapat mereka datangi untuk mendapatkan data. Seharusnya setiap rumah sakit dapat mengirimkan laporan KDRS setiap ada kasus sehingga petugas DKK tidak perlu mendatangi rumah sakit untuk mendapatkan data. Hal tersebut menunjukkan bahwa surveilans aktif rumah sakit di Kota Tasikmalaya belum berjalan dengan optimal.

Indikator paling penting yang menunjukkan optimal tidaknya kualitas surveilans aktif DBD melalui pelaporan KDRS adalah kelengkapan data dan ketepatan waktu penyampaian laporan. Pengetahuan dan sikap yang baik dari Petugas Surveilans mengenai

KDRS DBD serta bagaimana metode pembuatan dan cara penyampaian laporan KDRS DBD merupakan unsur yang paling menentukan dalam mencapai indikator kualitas metode pelaporan KDRS DBD tersebut. Pelaporan KDRS di Kota Tasikmalaya belum dilakukan dengan optimal, sehingga penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengembangan model surveilans aktif DBD untuk meningkatkan kualitas dari pelaporan KDRS DBD di Kota Tasikmalaya.

## **B. Perumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana sebenarnya kualitas pelaporan KDRS DBD di Kota Tasikmalaya?
2. Bagaimana pelaksanaan surveilans aktif DBD melalui sistem pelaporan KDRS DBD di Kota Tasikmalaya?

## **II. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

### **A. Tujuan Umum**

Mengembangkan model surveilans aktif DBD untuk meningkatkan kualitas sistem pelaporan Kewaspadaan Dini Rumah Sakit (KDRS) di Kota Tasikmalaya.

### **B. Tujuan Khusus**

1. Menganalisis pengetahuan dan sikap petugas surveilans RS mengenai KDRS DBD.
2. Menganalisis kualitas pelaporan KDRS DBD (kelengkapan, keakuratan pengisian data dan ketepatan waktu pelaporan).
3. Melakukan upaya intervensi dengan metode lokakarya dan menentukan pengembangan model surveilans aktif DBD yang tepat.
4. Menganalisis pengetahuan dan sikap petugas surveilans mengenai KDRS DBD dan kualitas pelaporan KDRS DBD sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

## **C. MANFAAT PENELITIAN**

### **1. Bagi Rumah Sakit**

Memberikan masukan berupa pengembangan model mengenai bagaimana metode pembuatan dan penyampaian laporan KDRS DBD yang berkualitas untuk mendukung optimalnya surveilans kasus DBD yang ditangani rumah sakit sehingga akan mendukung upaya tindak lanjut dan intervensinya di masyarakat.

### **2. Bagi Dinas Kesehatan**

Memberikan informasi kepada penentu kebijakan mengenai pengembangan sistem pelaporan KDRS dalam surveilans aktif DBD sebagai bahan masukan untuk merancang kebijakan dalam penanganan dan penanggulangan DBD yang lebih efektif dan efisien.

### **3. Bagi Masyarakat Ilmiah**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi ilmiah mengenai pengembangan surveilans aktif DBD melalui sistem pelaporan Kewaspadaan Dini Rumah Sakit.

## **III. HIPOTESIS**

### **A. HIPOTESIS 0**

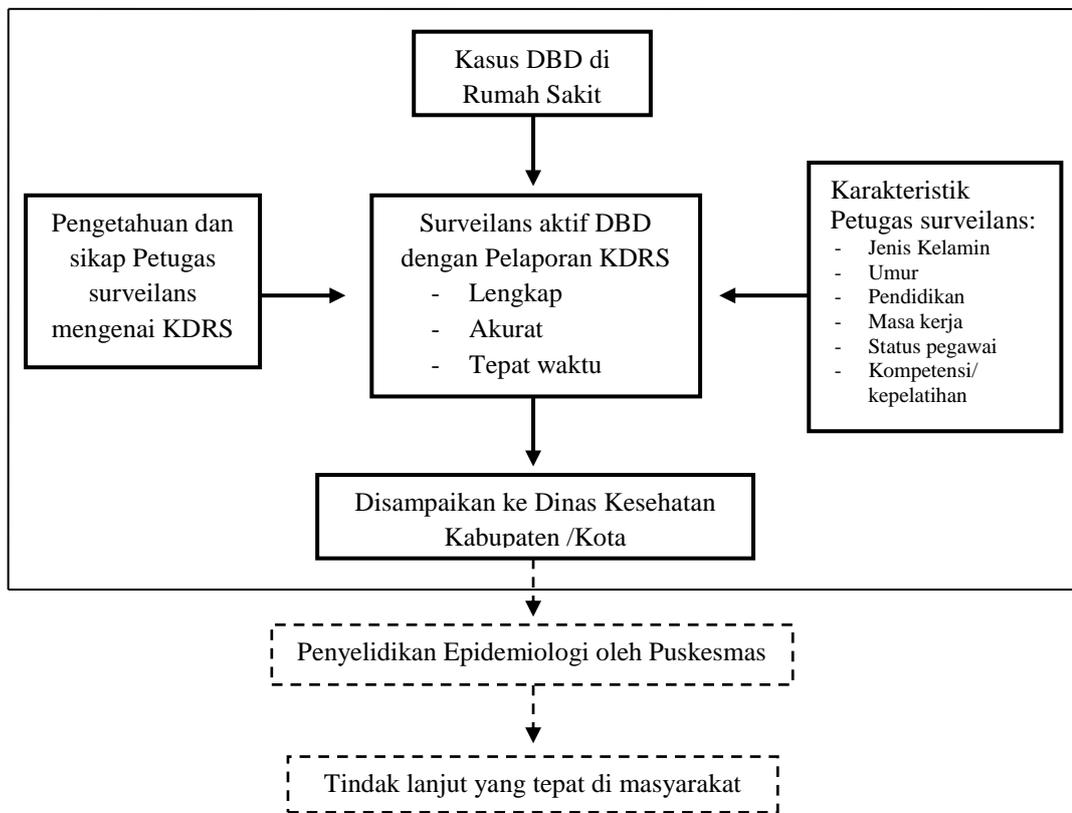
1. Tidak ada perbedaan pengetahuan dan sikap petugas surveilans antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi.
2. Tidak ada perbedaan kualitas pelaporan KDRS DBD antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi.

### **B. HIPOTESIS 1**

1. Ada perbedaan pengetahuan dan sikap petugas surveilans antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi.
2. Ada perbedaan kualitas pelaporan KDRS DBD antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi.

#### IV. METODE PENELITIAN

##### A. Kerangka Konsep



Gambar. IV.1 Kerangka Konsep Penelitian

##### B. Alur Penelitian



Gambar. IV.2 Alur Penelitian

### C. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan design *Quasi Experiment* (eksperimen semu) dengan rancangan *one-group pre-test post-test design* (rancangan pretest dan posttest dalam satu kelompok).

Subjek	Pretest	Perlakuan	Posttest
K	O1	X	O2

Tabel IV.1 Rancangan penelitian *one-group pre-test post-test design*

Keterangan:

K : Subjek Penelitian

O1 : Hasil pre-tes

O2 : Hasil post-tes

X : Intervensi / perlakuan

Penelitian ini juga menggunakan pendekatan kualitatif sebagai pendukung untuk menjelaskan secara lebih mendalam mengenai hasil dari pretest dan kajian awal mengenai kualitas KDRS sebelum dilakukan intervensi. Pendekatan kualitatif juga kembali digunakan untuk menjelaskan secara lebih mendalam mengenai perubahan dari kualitas KDRS setelah dilakukan upaya intervensi.

### D. Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan selama 8 (delapan) bulan di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dan di 7 (tujuh) Rumah Sakit Umum di Kota Tasikmalaya. Tujuh Rumah Sakit Umum di Kota Tasikmalaya adalah sebagai berikut:

No	Nama Rumah Sakit	Kepemilikan	Tipe
1.	RSUD DR. Soekarjo	Pem. Kota Tasikmalaya	B
2.	RSU Jasa Kartini	Swasta	C
3.	RSU Tasik Medika Citratama	Swasta	C
4.	RSU Islam Hj. Siti Muniroh	Swasta	D
5.	RSU Prasetya Bunda	Swasta	D
6.	RSU Permata Bunda	Swasta	D
7.	RSU Syifa Medina	Swasta	D

Tabel IV.2 Daftar rumah sakit yang menjadi tempat penelitian.

## E. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah petugas Surveilans di Rumah Sakit Umum di Kota Tasikmalaya dan pengelola program DBD Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Keseluruhan populasi dalam penelitian ini dijadikan subjek penelitian sehingga total subjek penelitian berjumlah 11 (sebelas) orang, yaitu 8 (delapan) orang petugas surveilans Rumah Sakit, 1 (satu) orang Kepala Bidang P2PL DKK Tasikmalaya dan 2 (dua) orang staf pemegang program DBD DKK Tasikmalaya.

## F. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Petugas surveilans di rumah sakit dan petugas dinas kesehatan yang mengelola pelaporan KDRS DBD.
2. Petugas dalam kondisi dapat bekerjasama dengan baik saat penelitian dan dapat mengikuti seluruh proses penelitian (pretest, intervensi dan posttest) dengan baik.

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Petugas yang menolak berpartisipasi dalam penelitian setelah diberikan penjelasan.
2. Subjek penelitian adalah petugas yang tidak sama saat dilakukan pretest dan posttest.

## G. Variabel

Variabel yang diukur dalam penelitian adalah sebagai berikut :

1. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah upaya intervensi yang akan dilakukan.
2. Variabel terikat adalah pengetahuan dan sikap subjek penelitian serta kualitas Laporan KDRS DBD.

## H. Definisi Operasional

Batasan Konsep dan Variabel	
Konsep	Definisi Operasional
Surveilans Aktif	Penyelenggaraan surveilans epidemiologi, dimana pelaksana surveilans mengumpulkan data dengan cara mendatangi unit pelayanan kesehatan, masyarakat atau sumber data lainnya.
Laporan KDRS DBD	Laporan segera (1x24 jam setelah penegakan diagnosis) tentang adanya penderita Demam Dengue (DD), DBD, <i>Dengue Shock Syndrom</i> (DSS), termasuk tersangka DBD, menggunakan form khusus dengan berbagai isian tentang hasil pemeriksaan pasien yang disalin dari dokumen rekam medis pasien.

Upaya Intervensi	Upaya terencana melalui tindakan-tindakan tertentu terhadap individu, kelompok maupun komunitas untuk memberikan perubahan yang dapat dievaluasi dan diukur keberhasilannya.	
Variabel	Definisi Operasional	Skala Data
Kualitas KDRS	Kondisi yang menunjukkan kelengkapan dan keakuratan laporan KDRS serta ketepatan waktu dalam penyampaian laporan KDRS.	Ordinal
Pengetahuan	Merupakan hasil “tahu” yang diperoleh setelah seseorang melakukan penginderaan dan juga mencakup keterampilan mengingat kembali sesuatu yang pernah dipelajari.	Ordinal
Sikap	Kecenderungan dengan cara tertentu untuk bertindak, berpikir, bersikap, dan merasa dalam menghadapi objek, ide, situasi atau nilai. <sup>9</sup>	Interval

Tabel IV.3. Definisi Operasional

### I. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Instrumen dan cara pengumpulan data menggunakan wawancara dengan kuesioner dan pengamatan dengan *check list observasi* serta telaah dokumen. Pedoman wawancara terstruktur juga digunakan untuk pedoman wawancara mendalam untuk mendapat informasi pendukung baik sebelum pra intervensi maupun post intervensi. Data primer diperoleh dari wawancara kuesioner dan wawancara terstruktur dan data sekunder diperoleh dari hasil telaah dokumen dan sumber data penunjang lainnya yang diperlukan.

### J. Pengawasan Kualitas Data

Agar penelitian ini mendapatkan data yang berkualitas, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan realibilitas instrumen (kuesioner) yang akan digunakan. Validitas instrumen yang akan diukur adalah validitas isi. Validitas isi adalah ketepatan suatu alat ukur atau instrumen ditinjau dari isi instrumen tersebut. Suatu instrumen dikatakan memiliki validitas isi apabila isi atau *content* dalam instrumen tersebut betul-betul merupakan materi yang representatif terhadap sesuatu yang akan diukur. Validitas ini tidak memiliki besaran tertentu yang dihitung secara statistika, tetapi dipahami bahwa instrumen tersebut sudah valid berdasarkan telaah dari ahli atau pakar yang menguasai bidang atau materi yang akan diukur.

Untuk pengukuran reliabilitas instrument dapat dilakukan dengan cara *one shot* atau diukur sekali saja. Menurut Sugiyono (2007), pengujian reliabilitas digunakan dengan rumus koefisien reliabilitas *alpha cronbach* dengan bantuan perhitungan komputer<sup>7</sup>.

Setelah diketahui bahwa validitas dan realibilitas dari kuesioner memenuhi syarat untuk dapat digunakan, kemudian segera dilakukan proses pengumpulan data. Setelah proses pengumpulan data, segera dilakukan proses manajemen data secara sistematis (*editing, coding, entry and cleaning*) kemudian segera dilakukan proses analisis data.

#### **K. Manajemen dan Analisis Data**

Analisis data yang digunakan adalah dengan memakai bantuan komputer. Adapun tahapan pengolahan data yang dilakukan adalah *editing* di mana pada tahap ini peneliti akan memeriksa kuesioner yang telah diisi, apakah terdapat kekeliruan atau tidak dalam pengisiannya. Kemudian *coding*, yaitu data yang telah terkumpul dan dikoreksi ketepatan dan kelengkapannya kemudian diberi kode oleh peneliti secara manual sebelum diolah dengan komputer. Tahap berikutnya adalah *entry* yang merupakan kegiatan memasukan data dari hasil kuesioner ke dalam komputer setelah kuesioner terisi semua. Selanjutnya adalah *cleaning* data, yaitu pemeriksaan semua data yang telah dimasukkan ke dalam komputer guna menghindari terjadinya kesalahan dalam pemasukan data. Kemudian data disimpan pada proses *saving* dan terakhir adalah *analysis* data<sup>8</sup>.

#### **L. Langkah-langkah Penelitian**

Langkah-langkah penelitian yang akan dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Tahapan pertama adalah tahap pretest yaitu dengan mengkaji kualitas pelaporan KDRS dengan telaah dokumen dan pengamatan atau observasi terhadap segala proses dalam pembuatan laporan KDRS serta data-data penunjang lainnya. Kemudian diukur pengetahuan dan sikap dari subjek penelitian sebelum dilakukan upaya intervensi. Wawancara mendalam terhadap subjek penelitian juga dilakukan untuk memperjelas hasil kajian awal dan mengidentifikasi prioritas upaya-upaya intervensi dan metode evaluasi yang akan diterapkan.
2. Upaya intervensi yaitu dengan menyelenggarakan lokakarya. Lokakarya dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, dengan mengumpulkan semua petugas surveilans Rumah Sakit dan fasilitator DKK yang kemudian dilakukan *refresher training* tentang pengetahuan mengenai surveilans DBD dan berbagai unsur penting yang harus dipenuhi agar sistem pelaporan KDRS dapat berjalan dengan optimal. Dalam lokakarya tersebut juga akan dibuat kesepakatan bersama pengembangan model mengenai metode pelaporan dan metode evaluasi pelaporan KDRS yang paling tepat

untuk mendukung surveilans aktif sehingga seluruh rumah sakit dapat melaksanakannya dengan baik.

3. Uji post intervensi yaitu dengan posttest untuk mengukur pengetahuan dan sikap subjek penelitian setelah dilakukan intervensi. Kemudian dalam rentang waktu 1 hingga 2 bulan setelah intervensi, dilakukan evaluasi apakah ada perbedaan kualitas pelaporan KDRS sebelum dan sesudah lokakarya. Wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen kembali digunakan untuk menambah informasi dan memperjelas ada atau tidaknya perubahan setelah dilakukan upaya intervensi.
4. Pengolahan data.
  - a. *Editing*, dilakukan dengan pemeriksaan ulang kuesioner ditempat pengumpulan data, memperbaiki kesalahan penulisan serta melengkapi kekurangan dalam pengisian kuesioner.
  - b. *Coding*, dilakukan dengan mengklasifikasikan jawaban-jawaban yang ada menurut kelompoknya. Klasifikasi dilakukan dengan cara menandai masing-masing jawaban dengan kode tertentu.
  - c. *Entry data*, yaitu proses memasukan data ke dalam kategori tertentu untuk dilakukan analisis data dengan menggunakan bantuan komputer.
  - d. *Tabulasi*, yaitu dengan membuat tampilan data sesuai yang diinginkan dengan menggunakan komputer agar dapat dianalisis.
5. Analisis data

Analisis data digunakan untuk mengetahui perbedaan antara hasil pretest sebelum dilakukan intervensi dengan hasil posttest sesudah dilakukan intervensi. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan membandingkan hasil pengukuran sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil pengukuran yang dianalisis adalah mengenai pengetahuan dan sikap responden serta kualitas dari laporan KDRS. Selain menggunakan analisis data kuantitatif, penelitian ini juga menggunakan analisis data kualitatif untuk mengetahui informasi secara lebih mendalam baik sebelum maupun setelah dilakukan intervensi.

## V. HASIL

### A. Hasil Studi Pra Intervensi (Identifikasi Pengetahuan, Sikap, Sarana Penunjang dan Kualitas KDRS)

Pengumpulan data tahap pertama yaitu studi pra intervensi dilakukan pada tanggal 27-30 April 2015. Studi pra intervensi dilakukan dengan wawancara menggunakan angket/kuesioner dan telaah dokumen menggunakan cheklist observasi. Wawancara dilakukan kepada 8 petugas surveilans rumah sakit dan 3 orang penanggung jawab/pengelola program DBD di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Wawancara dilakukan untuk mengukur pengetahuan dan sikap responden mengenai pelaporan kasus Demam Berdarah Dengue melalui sistem KDRS. Observasi dan telaah dokumen dilakukan untuk melihat bagaimana kondisi sarana penunjang petugas surveilans di rumah sakit dan mengukur bagaimana kualitas KDRS di rumah sakit. Berikut adalah hasil dari wawancara, observasi dan telaah dokumen pada tahap studi praintervensi :

No	Responden	Skor			
		Pengetahuan	Sikap	Sarana Penunjang	Kualitas KDRS
1	DKK 1	80	90	21	19,69
2	DKK 2	40	60	21	19,69
3	DKK 2	90	100	21	19,69
4	RSUD 1	40	90	21	10
5	RSUD 2	30	40	21	10
6	RS TMC	60	90	54	67,8
7	RSU Permata Bunda	40	60	25	10
8	RSU Prasetya Bunda	50	90	32	10
9	RSI Hj. Siti Muniroh	20	40	15	10
10	RS Syifa Medina	60	70	21	10
11	RS Jasa Kartini	60	70	32	10
	<b>Skor rata-rata</b>	<b>51,81</b>	<b>72,73</b>	<b>25,82</b>	<b>17,90</b>
Keterangan : Skor 80-100; hitam (baik), Skor 60-79,99; Kuning (cukup), Skor 0-59,99 Merah (kurang)					

. Tabel V.1 Skor hasil pengukuran studi pra intervensi

## 1. Hasil Pengukuran Pengetahuan Responden (Pra Intervensi)

Pengetahuan responden diukur dengan menggunakan angket/kuesioner yang berisi pertanyaan mengenai informasi-informasi penting yang berkaitan dengan laporan KDRS DBD dan surveilans DBD di rumah sakit. Hasil pengukuran pengetahuan adalah sebagai berikut:

No	Responden	Pengetahuan
1	DKK 1	80
2	DKK 2	40
3	DKK 2	90
4	RSUD 1	40
5	RSUD 2	30
6	RS TMC	60
7	RSU Permata Bunda	40
8	RSU Prasetya Bunda	50
9	RSI Hj. Siti Muniroh	20
10	RS Syifa Medina	60
11	RS Jasa Kartini	60
	<b>Skor rata-rata</b>	<b>51,81</b>

Tabel V.2 Skor hasil pengukuran pengetahuan responden pra intervensi

Skor rata-rata dari hasil pengukuran pengetahuan adalah 51,81. Nilai tersebut masuk dalam kategori kurang, atau dapat diartikan bahwa pengetahuan responden mengenai KDRS DBD masih rendah.

Skor Pengetahuan		
Kategori	Jmlh	Persen (%)
Baik	2	22,22
Cukup	3	33,33
Kurang	6	66,67
Total	11	100,00

Tabel V.3 Persentase kategori skor pengetahuan responden mengenai KDRS

Berdasarkan persentase dari kategori skor responden juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden (66,67%) tidak mempunyai pengetahuan yang baik mengenai sistem pelaporan KDRS DBD.

## 2. Hasil Pengukuran Sikap Responden (Pra Intervensi)

Sikap responden diukur dengan menggunakan angket/kuesioner yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan sikap responden terhadap laporan KDRS DBD dan surveilans DBD di rumah sakit. Responden diminta untuk memilih sikapnya dengan pilihan jawaban setuju, tidak setuju dan tidak tahu. Hasil pengukuran sikap responden adalah sebagai berikut:

No	Responden	Sikap
1	DKK 1	90
2	DKK 2	60
3	DKK 2	100
4	RSUD 1	90
5	RSUD 2	40
6	RS TMC	90
7	RSU Permata Bunda	60
8	RSU Prasetya Bunda	90
9	RSI Hj. Siti Muniroh	40
10	RS Syifa Medina	70
11	RS Jasa Kartini	70
	<b>Skor rata-rata</b>	<b>72,73</b>

Tabel V.4 Skor hasil pengukuran sikap responden pra intervensi

Berbeda dengan hasil pengukuran pada aspek pengetahuan, pada aspek sikap responden menunjukkan sikap dengan kategori cukup yaitu dengan skor rata-rata sebesar 72,73. Hal tersebut dapat diartikan bahwa sikap dari responden sebenarnya cukup mendukung terhadap adanya KDRS DBD meskipun responden memiliki pengetahuan yang kurang. Sedangkan persentase dari setiap kategori skor adalah sebagai berikut :

Skor Sikap		
Kategori	Jmlh	%
Baik	5	55,56
Cukup	4	44,44
Kurang	2	22,22
Total	11	100,00

Tabel V.5 Persentase kategori skor sikap responden terhadap KDRS

Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebenarnya sebagian besar responden memiliki sikap yang baik (sebanyak 55,56%) dan cukup (sebanyak 44,44%) dalam mendukung pelaporan kasus Demam Berdarah Dengue di rumah sakit melalui pelaporan KDRS.

### 3. Hasil Pengukuran Aspek Sarana Penunjang dan Kualitas KDRS

Sarana penunjang dan kualitas KDRS diukur dengan menggunakan checklist observasi. Wawancara mendalam juga dilakukan untuk mengetahui informasi secara lebih mendalam mengenai kondisi sarana penunjang dan kualitas KDRS yang sedang diamati. Hasil dari observasi terhadap sarana penunjang dan kualitas KDRS adalah sebagai berikut :

No	Responden	Sarana Penunjang	Kualitas KDRS
1	DKK 1	21	19,69
2	DKK 2	21	19,69
3	DKK 2	21	19,69
4	RSUD 1	21	10
5	RSUD 2	21	10
6	RS TMC	54	67,8
7	RSU Permata Bunda	25	10
8	RSU Prasetya Bunda	32	10
9	RSI Hj. Siti Muniroh	15	10
10	RS Syifa Medina	21	10
11	RS Jasa Kartini	32	10
	<b>Skor rata-rata</b>	<b>25,82</b>	<b>17,90</b>

Tabel V.6 Skor pengukuran aspek sarana penunjang dan kualitas KDRS

Hasil tersebut menunjukkan bahwa aspek sarana penunjang untuk seluruh unit pelaksana mendapat skor dalam kategori yang kurang, hal tersebut dapat diartikan bahwa seluruh unit pelaksana belum memiliki sarana penunjang yang memadai untuk kegiatan surveilans aktif di rumah sakit. Tidak berbeda dengan sarana penunjang, untuk aspek kualitas KDRS-pun mendapatkan skor dengan kategori yang kurang.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang telah dilakukan pada tahap pra intervensi ini, pada aspek sarana penunjang dan kualitas KDRS tidak banyak

yang dapat dikaji dan ditelaah karena hanya RS Tasik Medika Citratama yang telah menerapkan pelaporan KDRS DBD dan telah memiliki sarana penunjang. Sedangkan untuk rumah sakit lain belum menerapkan sistem pelaporan KDRS DBD dan belum memiliki sarana penunjang untuk mendukung kegiatan surveilans aktif. Wawancara secara lebih mendalam dilakukan kepada seluruh responden, dan diketahui beberapa kendala yang menjadi penyebab hal tersebut dapat terjadi, yaitu sebagai berikut:

- a. Belum ada petugas rumah sakit yang difungsikan khusus sebagai petugas surveilans rumah sakit.
- b. Para petugas di beberapa rumah sakit memiliki beban tugas ganda karena kurangnya SDM dan banyaknya beban tugas yang harus dikerjakan.
- c. Belum ada sarana penunjang untuk mendukung kegiatan surveilans rumah sakit.
- d. Belum ada SOP untuk menjalankan fungsi surveilans aktif di rumah sakit.
- e. Masih kurang sosialisasi dari Dinas Kesehatan mengenai mekanisme sistem pelaporan KDRS DBD.

Dari hasil studi preintervensi diketahui bahwa perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap dari para petugas surveilans mengenai perlunya sistem KDRS DBD untuk mendukung upaya penanganan tingginya kasus DBD di wilayah Kota Tasikmalaya. Selain pengetahuan dan sikap, perlu juga dilakukan stimulasi agar masalah sarana penunjang yang belum memadai dapat diatasi untuk mendukung peningkatan kualitas laporan KDRS DBD.

## **B. Tahap Intervensi**

Kegiatan intervensi berupa Lokakarya dan Pelatihan Singkat mengenai pembuatan Laporan KDRS DBD dilaksanakan pada tanggal 29-30 Juni 2015 di Aula Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Kegiatan dibuka oleh Kepala Dinas Kota Tasikmalaya, diikuti oleh 11 (sebelas) peserta yang meliputi 8 (delapan) orang petugas surveilans rumah sakit dan 3 (tiga) orang pengelola program Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya yang merupakan subjek penelitian yang telah diwawancarai pada pengumpulan data tahap pertama (studi pra intervensi).

### **1. Materi yang disampaikan**

Beberapa topik materi diberikan kepada peserta untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap dari para peserta untuk mendukung terwujudnya sistem KDRS DBD di Kota Tasikmalaya. Nara sumber dengan beberapa kepakaran seperti

entomolog, pakar bioteknologi kesehatan dan pakar bidan kedokteran tropis didatangkan untuk berbagi pengetahuan kepada para peserta. Materi yang diberikan kepada peserta adalah sebagai berikut :

a. Pengantar Demam Berdarah Dengue

Materi ini bertujuan untuk menambah dan menyegarkan pengetahuan peserta mengenai penyakit DBD secara umum. Informasi yang disampaikan diantaranya mengenai vektor dan Vrus penyebab DBD, sebaran kasus, mekanisme penularan dan informasi-informasi terbaru mengenai DBD.

b. Diagnosis Demam Berdarah Dengue

Materi ini bertujuan untuk menambah dan menyegarkan pengetahuan peserta mengenai diagnosis DBD dan hal-hal penting yang harus disampaikan dalam laporan KDRS DBD. Informasi yang disampaikan diantaranya mengenai bagaimana manifestasi klinis DBD, klasifikasi infeksi Dengue, derajat keparahan DBD, data-data pendukung diagnosis, membedakan infeksi primer dan sekunder Dengue serta pengetahuan mengenai pentingnya data-data yang harus disampaikan dengan lengkap dan akurat di dalam laporan KDRS DBD.

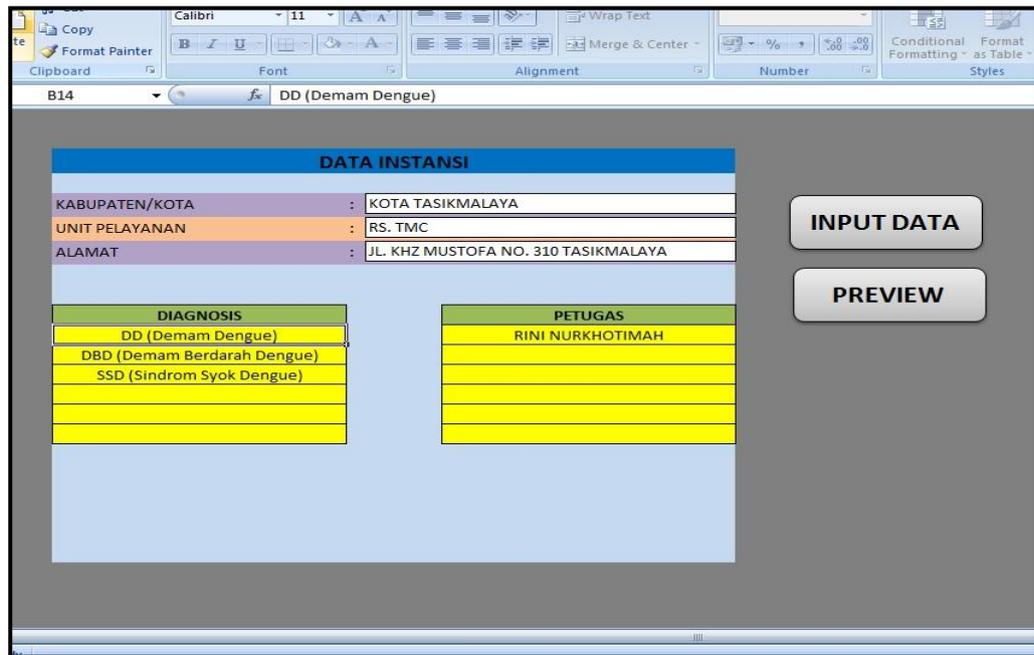
c. Surveilans Aktif dan Laporan KDRS DBD

Materi ini bertujuan untuk menambah dan menyegarkan pengetahuan peserta serta meningkatkan sikap dari peserta mengenai pentingnya laporan KDRS DBD. Informasi yang disampaikan diantaranya mengenai dasar-dasar hukum dari pelaksanaan surveilans aktif DBD di rumah sakit, mekanisme kegiatan surveilans, peran dari tiap unit pelaksana surveilans, sarana penunjang kegiatan surveilans yang dibutuhkan di setiap unit, cara pembuatan laporan KDRS DBD, pentingnya kelengkapan, keakuratan dan ketepatan waktu penyampaian laporan KDRS DBD dan simulasi pembuatan laporan KDRS DBD di rumah sakit.

d. Diskusi dan kesepakatan komitmen pengembangan surveilans aktif DBD di Kota Tasikmalaya

Materi ini bertujuan untuk *sharing* pengetahuan dan diskusi mengenai kendala-kendala yang mungkin akan ditemui dalam pelaksanaan sistem KDRS di rumah sakit. Dalam diskusi juga membahas bagaimana alternatif solusi apabila ditemui masalah dalam pelaksanaan sistem KDRS. Dalam kegiatan ini disepakati bahwa seluruh rumah sakit di Kota Tasikmalaya berkomitmen untuk ikut serta dalam pengembangan surveilans aktif DBD melalui sistem pelaporan KDRS.

Dalam pembuatan laporan KDRS, peneliti membuat sebuah *template* sederhana yang secara khusus dirancang untuk memudahkan petugas surveilans rumah sakit meng-*input* data dan membuat laporan KDRS DBD dalam format *excel*. Kemudian laporan akan dikirim melalui *email* jaringan khusus surveilans DBD Kota Tasikmalaya yang dapat diakses oleh peneliti dan pengelola program DBD Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya agar dapat dipantau setiap saat.



Gambar V.1 Tampilan Menu Awal dari *Template* Laporan KDRS DBD

Gambar diatas adalah gambar tampilan awal dari *template* yang digunakan untuk memudahkan petugas surveilans dalam membuat laporan KDRS DBD. Pada menu awal tersebut terdapat 3 tautan utama yaitu data instansi, input data dan *preview*. Menu data instansi adalah tautan yang digunakan untuk memasukan informasi mengenai identitas unit pelaksana, diagnosa dari pasien dan identitas dari petugas surveilans yang membuat laporan tersebut. Menu input data adalah tautan yang digunakan oleh petugas untuk memasukan seluruh informasi yang dibutuhkan di dalam laporan KDRS DBD pada *tabel input* yang telah dirancang untuk memudahkan petugas dalam memasukan data pasien. Menu *preview* adalah tautan yang akan menunjukkan tampilan dari laporan KDRS DBD dari data pasien yang telah di-*input*. Tampilan laporan KDRS DBD pada menu *preview* dapat langsung dicetak atau dikirim langsung ke email jaringan untuk disampaikan kepada pengelola program DBD di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.

No.	Nomor Surat	Lampiran	Perihal	Tanggal Surat	Kepada Yth.	Rawat	Nama
114	57/RS.TMC/DF-DHF/IX/2015	8	Pemberitahuan Pasien DF/DHF	16/09/2015	Puskesmas _____	rawat inap	Sarah Queena
115	58/RS.TMC/DF-DHF/IX/2015	4	Pemberitahuan Pasien DF/DHF	18/09/2015	Dinas Kesehatan KotaTasikmalaya	rawat inap	Amay Jamalud
116	58/RS.TMC/DF-DHF/IX/2015	4	Pemberitahuan Pasien DF/DHF	18/09/2015	Puskesmas _____	rawat inap	Amay Jamalud
117	59/RS.TMC/DF-DHF/IX/2015	6	Pemberitahuan Pasien DF/DHF	21/09/2015	Dinas Kesehatan KotaTasikmalaya	rawat inap	Marvin Wiyarta
118	59/RS.TMC/DF-DHF/IX/2015	6	Pemberitahuan Pasien DF/DHF	21/09/2015	Puskesmas _____	rawat inap	Marvin Wiyarta
119	60/RS.TMC/DF-DHF/IX/2015	11	Pemberitahuan Pasien DF/DHF	26/09/2015	Dinas Kesehatan KotaTasikmalaya	rawat inap	M Defrian, Sdr
120	60/RS.TMC/DF-DHF/IX/2015	11	Pemberitahuan Pasien DF/DHF	26/09/2015	Puskesmas _____	rawat inap	M Defrian, Sdr

Gambar V.2 Tampilan menu *input* data pasien pada laporan KDRS DBD

Gambar diatas merupakan tampilan apabila petugas memilih menu input data pada menu awal. Menu ini berisi tabel yang digunakan untuk mengisi data dari setiap pasien untuk dibuat laporan KDRS. Setelah petugas selesai memasukan seluruh data pasien yang akan dibuatkan laporan KDRS DBD, petugas dapat memilih tautan preview pada menu input data maupun pada menu awal dan akan muncul tampilan sebagai berikut:

**RS. TMC**  
 Alamat: Jl. Kiai Mawardi No. 310 Tasikmalaya  
 Kota Tasikmalaya, 18 September 2015

No : 58/RS.TMC/DF-DHF/IX/2015  
 Lamp : 4  
 Perihal : Pemberitahuan Pasien DF/DHF

Kepada Yth. : Dinas Kesehatan KotaTasikmalaya

**DEPAN**  
**INPUT DATA**

Bersama ini kami beritahukan bahwa kami telah menerima perawatan pasien rawat inap

Nama : AMAY JAMALUDIN MALIK, BP

No. Rekam Medis : 0604-19  
 Umur/Tanggal Lahir : 42 Tahun / 16 April 1973  
 Jenis Kelamin : Laki - Laki  
 Nama Orang Tua/KK : Kukinah, Ny  
 Alamat : Kp. Lempusan 001/008 Kel. Bantarani Kec. Bungsuri Tasikmalaya

Tanggal Mulai Gejala Sakit : 14 September 2015  
 Tanggal Mulai Perawatan : 17 September 2015  
 Tanggal Penegakan Diagnosis : 18 September 2015  
 Keadaan Penderita Saat Ini : Dalam Perawatan  
 Keadaan Bila Pasien Rawat Inap : Demam

Diagnosis \*\*: DBD (Demam Berdarah Dengue)

Dasar Penegakan Diagnosis :

KLINIS	HASIL LABORATORIUM
Konvulsi	Tidak
Panas Demam	38 °C
Uji Torniquet	(+)
Fanda	Tidak
Fanda (Plethora, ekchymosis, hepatomegali)	Tidak
Syok	Tidak
Gejala lain	

Page 1

Gambar V.3 Tampilan menu *preview* laporan KDRS DBD

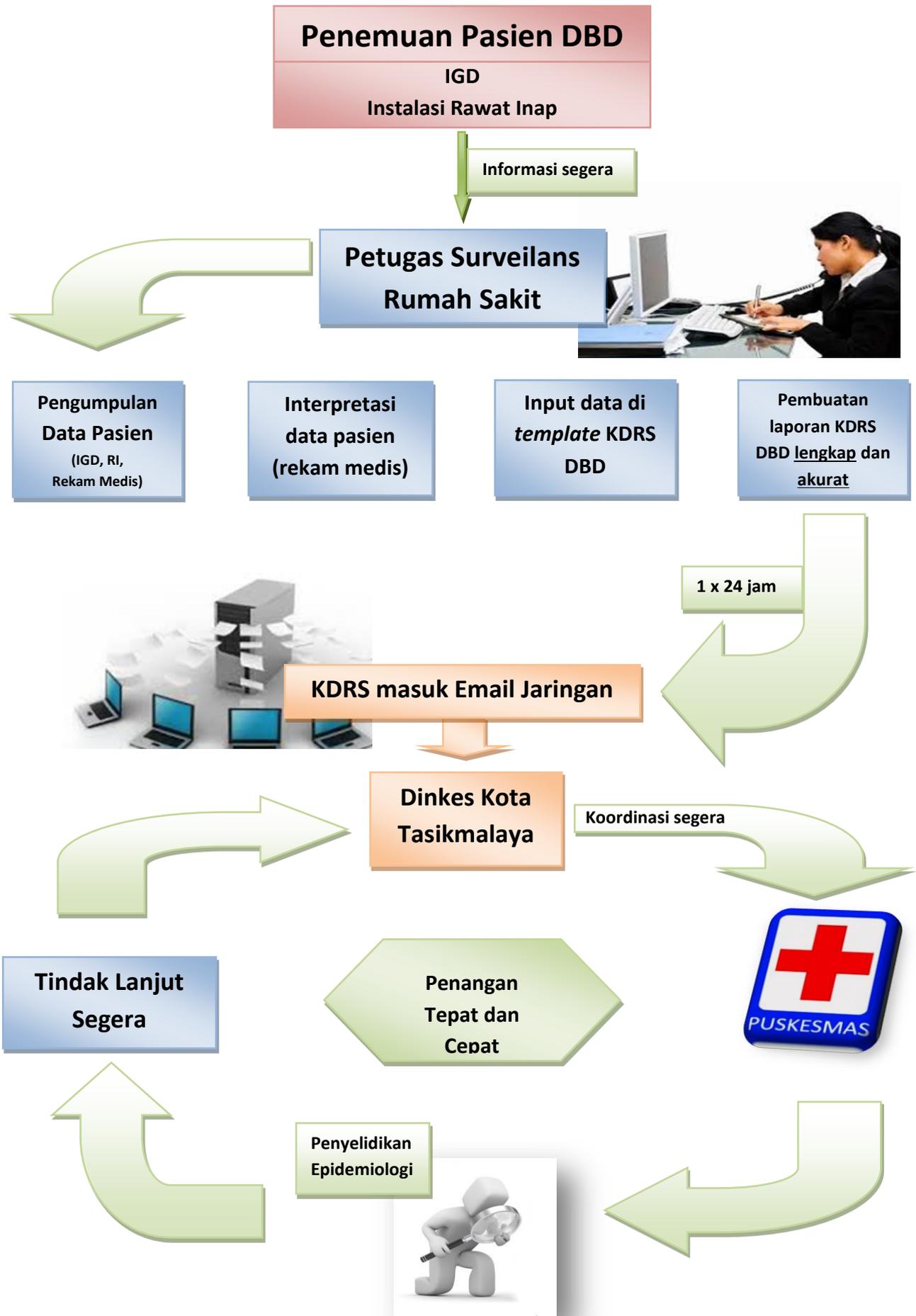
Tampilan pada menu *privew* merupakan format laporan KDRS DBD yang siap untuk dicetak maupun dikirim ke *email* jaringan surveilans aktif DBD untuk disampaikan kepada pengelola program di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Email jaringan surveilans aktif tersebut dapat diakses oleh peneliti dan pengelola program di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya agar dapat setiap saat dipantau perkembangannya.

Setelah kegiatan intervensi dilaksanakan, peneliti bersama pengelola program DBD Kota Tasikmalaya memantau jalannya pelaksanaan dari sistem KDRS DBD yang dilaksanakan setiap rumah sakit dengan melihat KDRS yang dilaporkan dan masuk di *email* jaringan surveilans selama 3 (bulan) yaitu dari bulan Juli hingga September 2015. Kemudian pelaksanaan pelaporan KDRS DBD di evaluasi pada akhir bulan September 2015 untuk mengetahui seberapa jauh surveilans aktif DBD dapat dijalankan di seluruh rumah sakit di Kota Tasikmalaya.

## **2. Model Surveilans Aktif DBD melalui Pelaporan KDRS DBD**

Dalam tahap intervensi yang telah dilakukan, telah didiskusikan dan disepakati antara peneliti sebagai fasilitator, petugas surveilans rumah sakit dan pengelola program DBD Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya mengenai skema dari model surveilans aktif yang dapat dilaksanakan oleh seluruh unit pelaksana yang terlibat. Seluruh petugas rumah sakit yang terlibat setuju untuk berkomitmen dalam pelaksanaan surveilans aktif DBD. Model surveilans aktif yang disepakati terdiri dari alur pokok sebagai berikut:

- a. Kasus DBD ditemukan di IGD atau di Instalasi Rawat Inap Rumah sakit kemudian dinformasikan segera ke petugas surveilans Rumah Sakit
- b. Petugas surveilans melakukan pengumpulan data pasien dengan mengkaji data rekam medis di IGD ataupun di Instalasi Rawat Inap. Data di interpretasikan kemudian di input ke dalam *template* laporan KDRS.
- c. Setelah data terinput dengan lengkap, laporan KDRS segera dikirim (1x24 jam) ke Email Jaringan Surveilans agar dapat diakses oleh pengelola program di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.
- d. Laporan yang masuk ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya segera dikoordinasikan ke Puskesmas untuk dilakukan penyelidikan epidemiologi dan tindak lanjut segera sehingga penanganan dapat dilakukan dengan cepat dan tepat.



Gambar V. 4 Model Surveilans Aktif DBD dengan Pelaporan KDRS di Kota Tasikmalaya

### **C. Hasil Studi Post Intervensi (Pengukuran kembali Pengetahuan, Sikap, Sarana Penunjang dan Kualitas KDRS)**

Pengumpulan data tahap post-intervensi dilakukan pada tanggal 28-30 September 2015. Studi post intervensi dilakukan dengan wawancara menggunakan angket/ kuesioner dan telaah dokumen menggunakan checklist observasi, dengan metode yang sama dengan pengumpulan data pada tahap pra intervensi. Wawancara dilakukan kepada 8 petugas surveilans rumah sakit dan 3 orang penanggung jawab/pengelola program DBD di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya yang merupakan informan yang sama dengan informan pada tahap pra intervensi dan menjadi peserta dalam Lokakarya dan Pelatihan singkat KDRS yang telah dilaksanakan pada tahap intervensi.

Dalam tahap post intervensi diukur kembali pengetahuan dan sikap dari para petugas surveilans untuk melihat apakah ada peningkatan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Pada aspek kualitas KDRS, pengukuran dilakukan dengan membandingkan laporan KDRS yang telah dikirimkan selama 3 (tiga) bulan post intervensi dengan dokumen rekam medis pasien di rumah sakit, dengan tujuan untuk mengkonfirmasi data-data yang dilaporkan di laporan KDRS dengan dokumen rekam medis pasien sehingga dapat dilihat dan diukur indikator kelengkapan, keakuratan dan ketepatan waktu dari pelaporan KDRS DBD setiap rumah sakit.

Setelah dilakukan intervensi, terdapat peningkatan pada seluruh aspek yang diukur yaitu pengetahuan, sikap, sarana penunjang dan kualitas KDRS. Hasil pengukuran pada setiap aspek mengalami peningkatan kategori. Kategori skor pengukuran dibagi menjadi kategori baik dengan rentang skor 80-100 (warna hitam), kategori cukup dengan rentang skor 60-79,99 (warna kuning) dan kategori kurang dengan rentang skor 0-59,99 (warna merah). Pada aspek pengetahuan mengalami peningkatan dari kategori kurang (51,82) menjadi kategori baik (80,91) setelah intervensi. Aspek sikap mengalami peningkatan dari kategori cukup (72,73) menjadi kategori baik (84,55), aspek sarana penunjang mengalami peningkatan dari kategori kurang (25,82) menjadi kategori cukup (71,86) dan untuk aspek kualitas laporan KDRS mengalami peningkatan dari kategori kurang (17,90) menjadi kategori cukup (73,95) setelah dilakukan intervensi. Peningkatan dari setiap aspek tersebut secara terinci dapat dilihat pada tabel berikut :

No	Responden	Skor							
		Pengetahuan		Sikap		Sarana Penunjang		Kualitas KDRS	
		Pre intervensi	Post intervensi	Pre intervensi	Post intervensi	Pre intervensi	Post intervensi	Pre intervensi	Post intervensi
1	DKK 1	80	90	90	90	21	85,71	19,69	74,23
2	DKK 2	40	90	60	90	21	85,71	19,69	74,23
3	DKK 2	90	100	100	100	21	85,71	19,69	74,23
4	RSUD 1	40	70	90	80	21	55,55	10	71,11
5	RSUD 2	30	80	40	80	21	55,55	10	71,11
6	RS TMC	60	90	90	90	54	77,77	67,8	91,04
7	RSU Per B	40	90	60	80	25	77,77	10	90,62
8	RSU Pra B	50	80	90	80	32	55,55	10	77,25
9	RSI	20	80	40	70	15	77,77	10	68,12
10	RS Syifmed	60	60	70	90	21	55,55	10	65,25
11	RS JK	60	60	70	80	32	77,77	10	56,25
<b>Rata2 Skor</b>		<b>51,82</b>	<b>80,91</b>	<b>72,73</b>	<b>84,55</b>	<b>25,82</b>	<b>71,86</b>	<b>17,90</b>	<b>73,95</b>
<b>Selisih rata2 Skor</b>		<b>29,09</b>		<b>11,82</b>		<b>46,04</b>		<b>56,05</b>	

Tabel V.7. Hasil pengukuran sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

Berdasarkan tabel V.7, dapat diketahui bahwa selisih rata-rata tiap aspek >10% sehingga secara substansi perbedaan sebelum dan setelah dilakukan intervensi sudah dapat terlihat dan bermakna. Peningkatan paling signifikan dapat dilihat dari selisih rata-rata skor terbesar yaitu pada aspek kualitas KDRS dengan selisih rata-rata skor sebesar 56,05. Meskipun hasil pengukuran post intervensi pada aspek kualitas KDRS masih dalam kategori yang cukup (73,95), namun hal tersebut merupakan peningkatan yang paling besar dengan selisih rata-rata skor sebesar 56,05, dikarenakan skor rata-rata hasil studi preintervensi yang masih sangat kurang (17,90) pada aspek kualitas KDRS tersebut.

Peningkatan paling sedikit adalah pada aspek sikap responden yaitu dengan selisih rata-rata skor sebesar 11,82. Hal tersebut dikarenakan nilai skor rata-rata dari aspek sikap responden yang diukur pada saat tahap studi pre intervensi sudah masuk dalam kategori yang cukup dan merupakan nilai rata-rata skor tertinggi dibandingkan dengan nilai rata-rata skor pada aspek lainnya. Meskipun memiliki selisih skor rata-rata paling kecil, aspek

sikap responden mengalami peningkatan kategori yaitu dari kategori cukup (72,73) menjadi kategori yang baik (84,55), dan merupakan skor rata-rata tertinggi bila dibandingkan dengan aspek lainnya. Sedangkan untuk peningkatan kategori terbesar adalah pada aspek pengetahuan responden yaitu dari kategori yang kurang pada saat pengukuran preintervensi menjadi kategori yang baik setelah diukur pada tahap postintervensi.

### 1. Pengetahuan

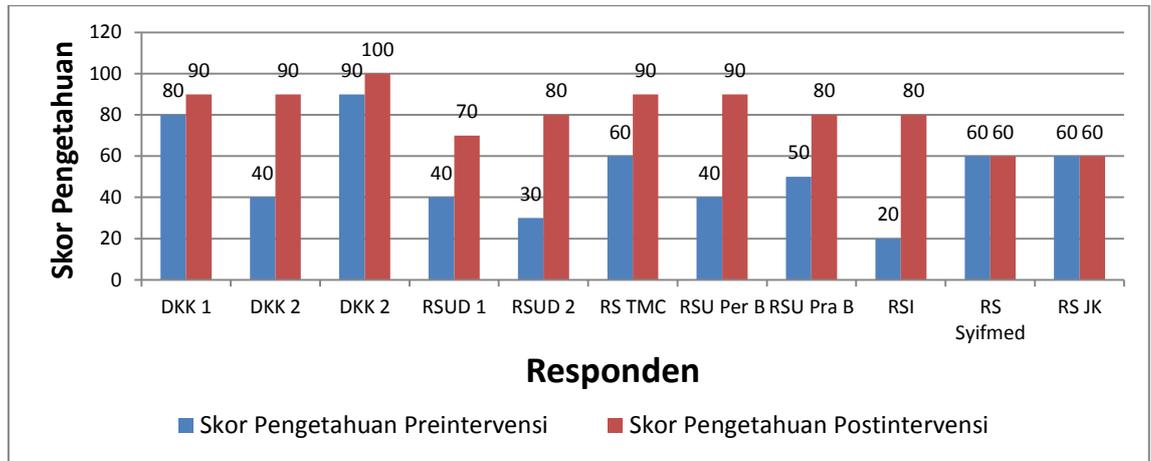
Aspek pengetahuan mengalami peningkatan kategori terbesar yaitu dari kategori yang kurang pada saat pengukuran preintervensi menjadi kategori yang baik setelah diukur pada tahap postintervensi. Peningkatan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

No	Responden	Skor	
		Pengetahuan	
		Preintervensi	Postintervensi
1	DKK 1	80	90
2	DKK 2	40	90
3	DKK 2	90	100
4	RSUD 1	40	70
5	RSUD 2	30	80
6	RS TMC	60	90
7	RSU Permata Bunda	40	90
8	RSU Prasetya Bunda	50	80
9	RSI Hj. Siti Muniroh	20	80
10	RS Syifa Medina	60	60
11	RS Jasa Kartini	60	60
<b>Rata2</b>		<b>51,82</b>	<b>80,91</b>
<b>Selisih rata-rata skor</b>		<b>29,09</b>	

Tabel V.8. Hasil pengukuran pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

Meskipun secara umum terdapat peningkatan pengetahuan, namun ada 2 (dua) responden yang tidak mengalami peningkatan pengetahuan. Namun demikian untuk

responden lainnya mengalami peningkatan yang cukup besar, hal tersebut dapat diamati pada diagram berikut :

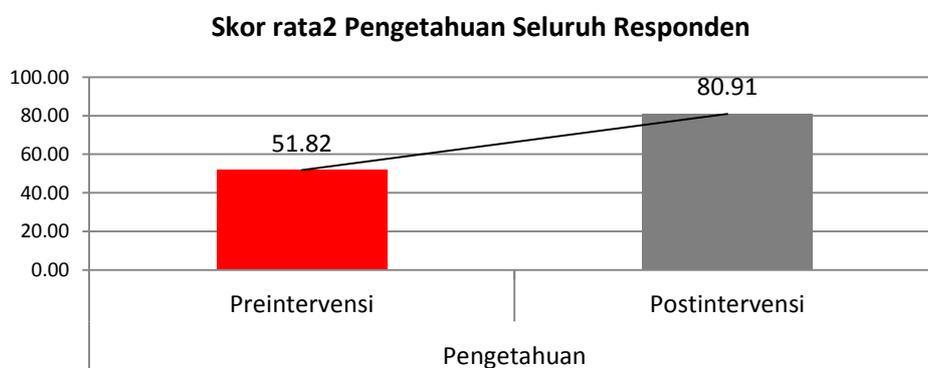


Gambar V.5 Diagram peningkatan aspek pengetahuan tiap responden.

Peningkatan pengetahuan yang cukup besar dari beberapa responden menjadikan aspek pengetahuan mengalami peningkatan dua tingkat dari kategori kurang menjadi kategori baik setelah dilakukan intervensi. Peningkatan kategori tersebut dapat dilihat dan diperjelas pada tabel dan bagan berikut :

Skor	Pengetahuan	
	Preintervensi	Postintervensi
Rata2	51,82 (kurang)	80,91 (baik)

Tabel V.9 Skor Rata-rata pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi



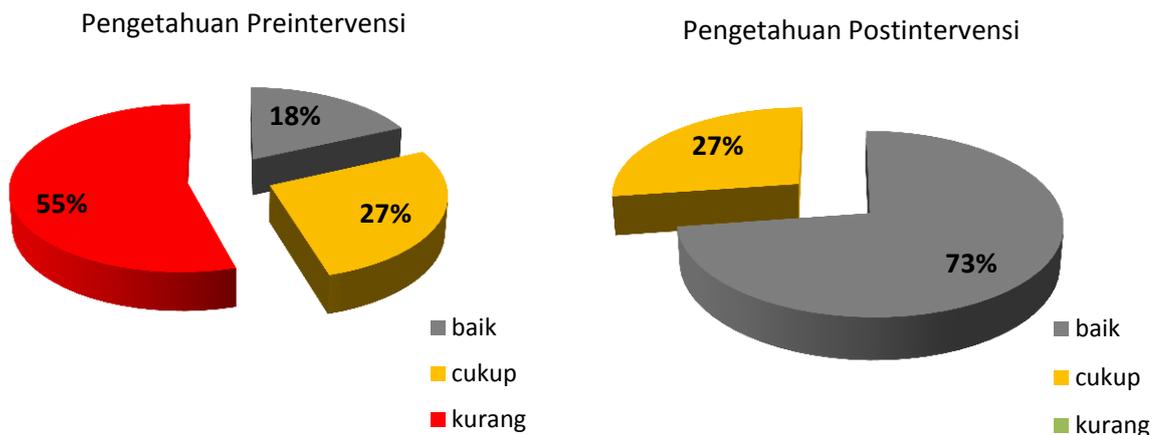
Gambar V.6 Grafik peningkatan skor rata-rata pengetahuan responden.

Proporsi dari kategori skor pengetahuan setiap responden juga mengalami perubahan. Pada tahap pre intervensi, setiap kategori yaitu baik, cukup dan kurang ditemukan pada skor penilaian responden, namun setelah dilakukan upaya intervensi tidak ditemukan lagi skor penilai pengetahuan responden yang masuk dalam kategori kurang. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel dan diagram berikut :

No	Kategori	Pengetahuan	
		Preintervensi	Postintervensi
1	Baik	2	8
2	Cukup	3	3
3	Kurang	6	0

Tabel V.10 Proporsi Skor pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi

#### Proporsi Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Intervensi



Gambar V.7 Diagram proporsi pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi.

Dari diagram diatas dapat dilihat bahwa setelah dilakukan upaya intervensi, sebagian besar (73%) skor penilaian pengetahuan responden masuk dalam kategori yang baik sehingga mengalami peningkatan yang cukup besar bila dibandingkan skor penilaian sebelum dilakukan intervensi.

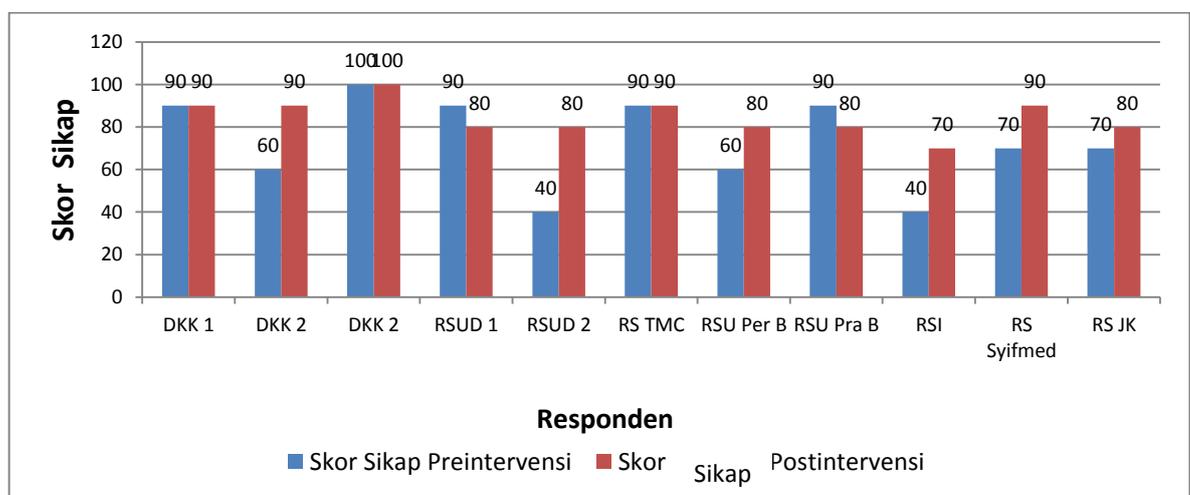
## 2. Sikap

Aspek sikap responden terhadap KDRS DBD mengalami peningkatan paling kecil bila dibandingkan dengan hasil pengukuran aspek lainnya. Namun demikian hal tersebut

bukan merupakan suatu masalah dikarenakan skor penilaian pada saat tahap preintervensi untuk aspek sikap responden sudah termasuk dalam kategori yang cukup. Hasil pengukuran pada aspek sikap dapat dilihat pada tabel berikut :

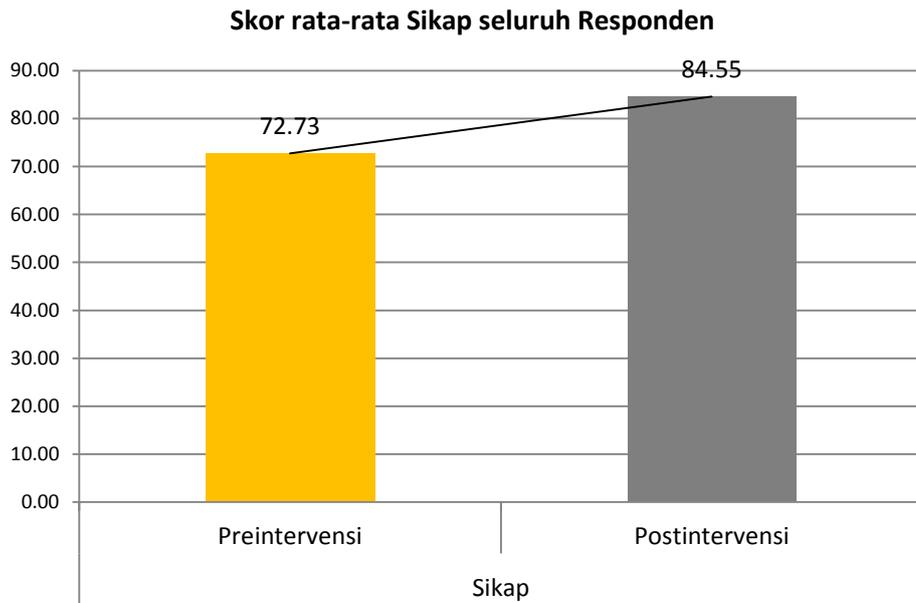
No	Responden	Skor Sikap	
		Preintervensi	Postintervensi
1	DKK 1	90	90
2	DKK 2	60	90
3	DKK 2	100	100
4	RSUD 1	90	80
5	RSUD 2	40	80
6	RS TMC	90	90
7	RSU Permata Bunda	60	80
8	RSU Prasetya Bunda	90	80
9	RSI Hj. Siti Muniroh	40	70
10	RS Syifa Medina	70	90
11	RS Jasa Kartini	70	80
<b>Rata2</b>		<b>72,73</b>	<b>84,55</b>
<b>Selisih rata-rata skor</b>		<b>11,82</b>	

Tabel V.11 Skor pengukuran sikap responden sebelum dan sesudah dilakukan intervensi



Gambar V.8 Diagram peningkatan aspek sikap tiap responden.

Diagram diatas menunjukkan perubahan skor penilaian mengenai sikap responden. Terdapat 5 (lima) responden yang tidak mengalami peningkatan skor sikap, namun lima responden tersebut telah masuk pada kategori sikap yang baik, baik sebelum maupun sesudah dilakukan intervensi. Meskipun dengan peningkatan yang tidak terlalu besar, sudah mampu untuk menaikkan tingkat kategori penilaian sikap keseluruhan responden dari kateri cukup menjadi kategori yang baik.



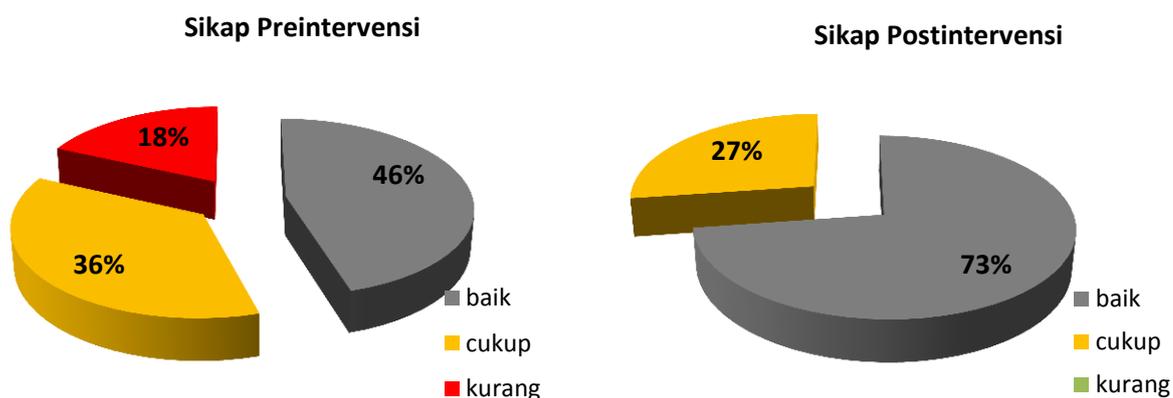
Gambar V.9 Diagram peningkatan skor rata-rata sikap responden.

Pada aspek sikap responden, terjadi perubahan proporsi kategori skor penilaian. Setelah dilakukan upaya intervensi, sudah tidak ada lagi responden dengan skor kategori penilaian yang kurang. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

No	Kategori	Sikap	
		Preintervensi	Postintervensi
1	baik	5	8
2	cukup	4	3
3	kurang	2	0

Tabel V.12 Proporsi skor sikap responden sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

## Proporsi Sikap Sebelum dan Sesudah Intervensi



Gambar V.10 Diagram perbedaan proporsi skor sikap responden sebelum dan sesudah intervensi.

Diagram diatas menunjukkan bahwa setelah dilakukan upaya intervensi, sebagian besar (73%) sikap responden terhadap KDRS DBD telah masuk dalam kategori yang baik dan sudah tidak ditemukan responden dengan kategori yang kurang.

### 3. Sarana Penunjang

Sarana penunjang merupakan aspek penting yang mendukung terlaksananya sistem pelaporan KDRS DBD. Sarana penunjang tersebut diantaranya adalah

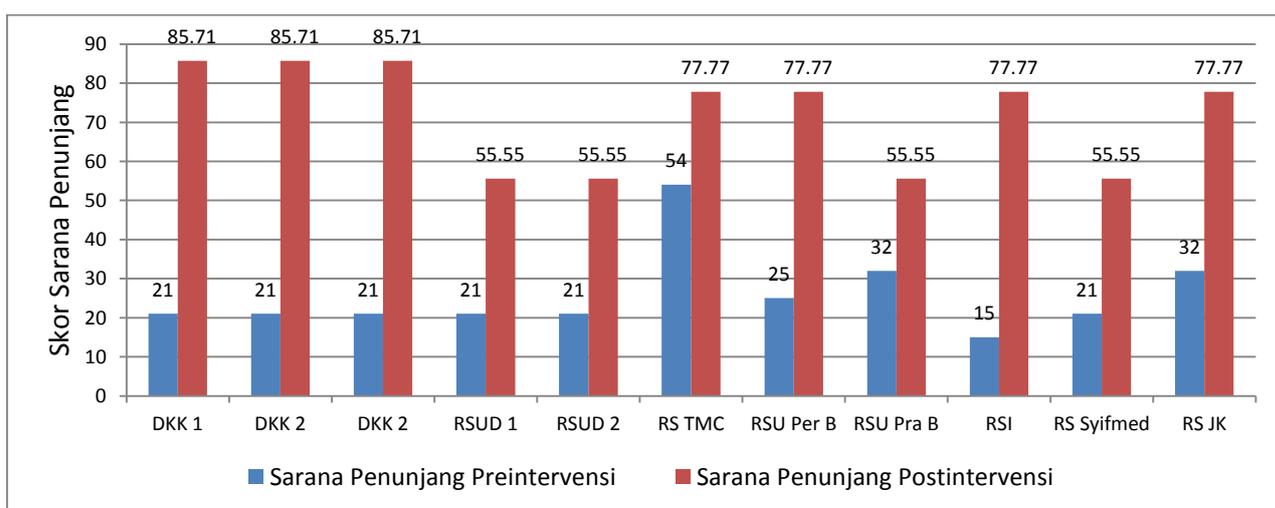
- Ketersediaan form KDRS itu sendiri termasuk tata cara pengarsipannya,
- Ketersediaan dokumen pendukung seperti indeks dan sensus penyakit DBD, SOP (Standar Operasional Prosedur) ataupun petunjuk teknis pelaksanaan surveilans rumah sakit, serta SK (Surat Keputusan) dari pimpinan instansi mengenai penyelenggaraan surveilans di rumah sakit
- Sarana dan prasarana pendukung seperti ruang kerja atau meja bagi petugas surveilans, komputer untuk membuat laporan, termasuk juga alat tulis kantor yang disediakan untuk menunjang kegiatan surveilans.

Setelah dilakukan intervensi, seluruh unit pelaksana mengalami peningkatan aspek sara penunjang. Seluruh unit telah memiliki form KDRS dan dokumen pendukungnya. Untuk fasilitas penunjang seperti komputer maupun fasilitas mebeler meskipun belum optimal karena fungsinya yang dimanfaatkan bersama dengan tugas lainnya, secara bertahap mulai di lengkapi untuk menunjang kegiatan surveilans di rumah sakit. Hasil penilaian dari observasi terhadap sarana penunjang di setiap unit pelaksana dapat dilihat pada tabel berikut :

No	Unit Penelitian	Skor Sarana Penunjang	
		Preintervensi	Postintervensi
1	DKK 1	21	85,71
2	DKK 2	21	85,71
3	DKK 2	21	85,71
4	RSUD 1	21	55,55
5	RSUD 2	21	55,55
6	RS TMC	54	77,77
7	RSU Permata Bunda	25	77,77
8	RSU Prasetya Bunda	32	55,55
9	RSI Hj. Siti Muniroh	15	77,77
10	RS Syifa Medina	21	55,55
11	RS Jasa Kartini	32	77,77
<b>Rata2</b>		<b>25,82</b>	<b>71,86</b>
<b>Selisih rata-rata Skor</b>		<b>46,04</b>	

Tabel V.13 Skor sarana penunjang sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

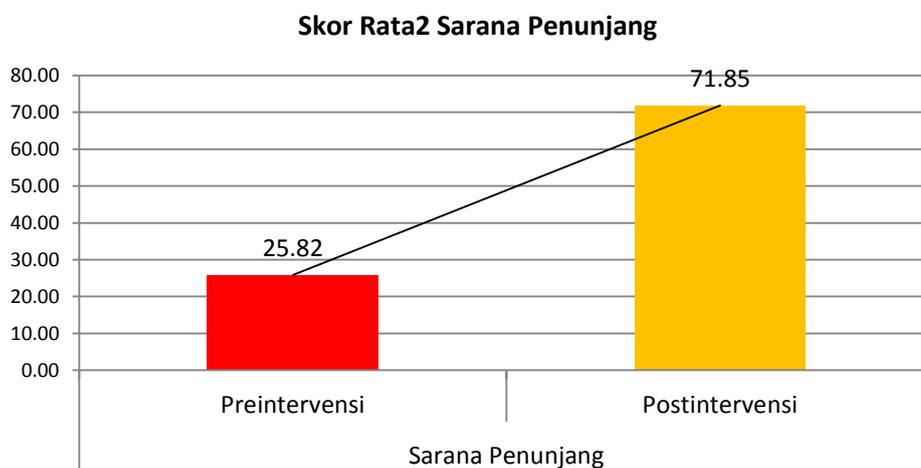
Berdasarkan hasil observasi, seluruh unit pelaksana mengalami peningkatan skor penilaian dalam pengadaan sarana penunjang, meskipun seluruhnya belum optimal karena masih terdapat 4 (empat) unit pelaksana yang masih dalam kategori sarana penunjang yang kurang.



Gambar V.11 Diagram sarana penunjang tiap unit pelaksana sebelum dan sesudah intervensi.

Pengadaan sarana penunjang di beberapa unit pelaksana yang belum optimal, berdasarkan hasil observasi dan wawancara lebih mendalam, disebabkan karena pengadaan sarana penunjang tersebut terkait dengan kebijakan dan anggaran dari tiap unit pelaksana sehingga dapat dimaklumi untuk aspek sarana penunjang membutuhkan waktu yang lebih lama untuk dapat optimal bila dibandingkan dengan aspek lainnya. Namun demikian secara keseluruhan sarana penunjang mengalami peningkatan di setiap unit pelaksana setelah dilakukan upaya intervensi.

Diagram dibawah menunjukkan bahwa berdasarkan skor rata-rata secara keseluruhan, skor penilaian aspek sarana penunjang mengalami peningkatan dari kategori kurang pada preintervensi menjadi kategori cukup setelah dilakukan intervensi.



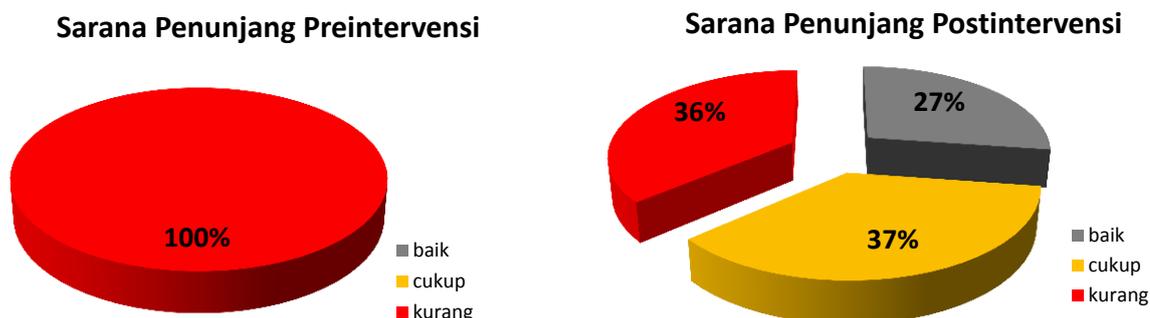
Gambar V.12 Diagram peningkatan sarana penunjang sebelum dan sesudah intervensi

Proporsi dari setiap kategori skor penilaianpun mengalami perubahan. Pada saat penilaian tahap preintervensi, seluruh unit pelaksana mendapat skor dengan penilaian yang kurang, namun setelah dilakukan intervensi, kategori skor menjadi bervariasi. Hal tersebut dapat dilihat dan diperjelas pada tabel dan diagram dibawah ini :

		Sarana Penunjang	
No	Kategori	Preintervensi	Postintervensi
1	baik	0	3
2	cukup	0	4
3	kurang	11	4

Tabel V.14 Proporsi skor sarana penunjang sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

## Proporsi Sarana Penunjang Sebelum dan Sesudah Intervensi



Gambar V.13 Diagram perbedaan sarana penunjang tiap unit sebelum dan sesudah intervensi

Diagram diatas menunjukkan bahwa seluruh unit pelaksana mendapat skor yang kurang pada saat penilaian preintervensi, namun demikian setelah dilakukan intervensi terjadi perubahan proporsi kategori karena sebagian besar unit pelaksana mengalami peningkatan dan hanya 36% unit pelaksana yang masih dalam kategori yang kurang.

#### 4. Kualitas KDRS

Kualitas KDRS merupakan aspek yang mengalami peningkatan paling signifikan karena memiliki selisih rata-rata skor terbesar bila dibandingkan dengan aspek lainnya. Pengukuran kualitas KDRS dikaji berdasarkan kelengkapan pengisian data, keakuratan pengisian data berdasarkan dokumen rekam medis dan ketepatan waktu pengiriman laporan. Semakin lengkap dan akurat laporan KDRS dibuat dan dibandingkan dengan rekam medis pasien, maka semakin baik skor dari kualitas KDRS tersebut. Ketepatan waktu penyampaian juga merupakan faktor yang sangat penting mengingat laporan KDRS DBD harus dikirimkan 1 x 24 jam setelah penegakkan diagnosis.

Data-data yang menjadi indikator penilaian kualitas KDRS adalah sebagai berikut :

- a. Data Sosial. Data sosial yang harus diisikan dalam laporan KDRS diantaranya adalah nama, umur, jenis kelamin, dan alamat lengkap pasien sesuai tanda pengenal yang dimiliki. Data penanggalan tertentu sangat penting untuk menentukan ketepatan waktu dari laporan KDRS tersebut. Data penanggalan yang harus diisikan adalah tanggal laporan yang merupakan tanggal dibuat dan dikirimkan laporan tersebut, tanggal pasien mulai sakit, tanggal pasien mulai dirawat dan tanggal penegakkan diagnosis.

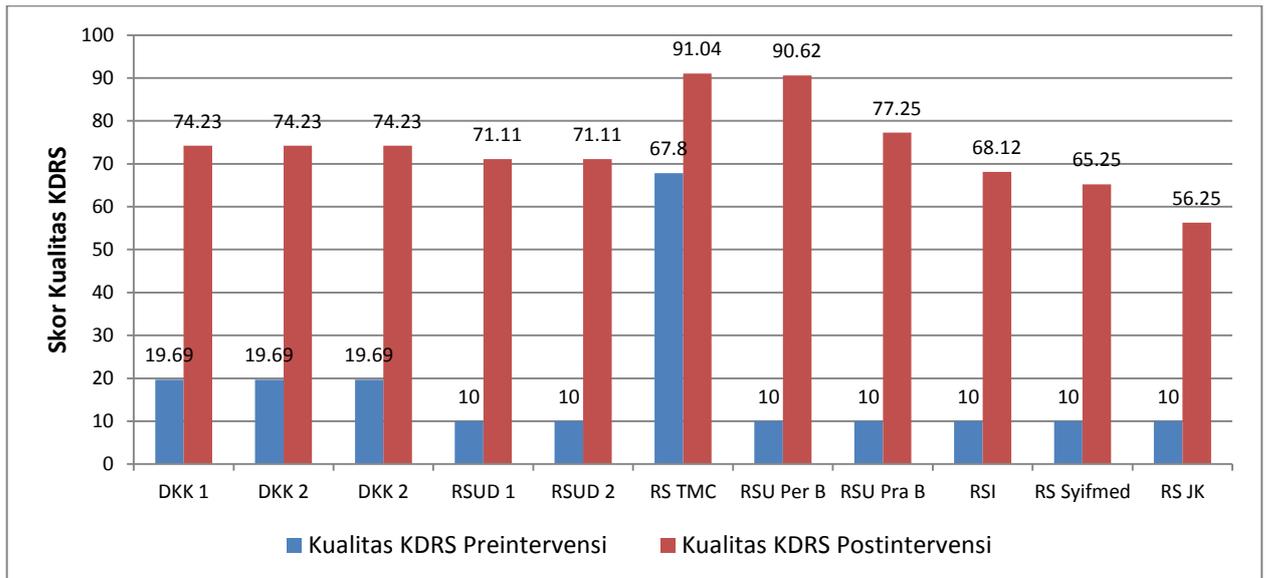
- b. Data Gejala Klinis. Gejala klinis yang ada dalam laporan KDRS memuat tentang riwayat demam, uji torniquet bila dilakukan, tanda-tanda perdarahan, ada tidaknya hepatomegali dan kondisi kesadaran dari pasien bila terjadi syok.
- c. Data Pemeriksaan Laboratorium. Data hasil pemeriksaan laboratorium yang ada dalam laporan KDRS adalah hasil pemeriksaan trombosit, hasil pemeriksaan kadar haemoglobin, hasil pemeriksaan hematokrit, hasil uji Ig G, Ig M dan NS1 bila dilakukan.
- d. Gejala lain. Gejala lain ditambahkan bila memang ada dalam dokumen rekam medis, misalnya adanya efusi pleura, ascites dan hipoproteinemia pada pasien.

Setelah dilakukan pengukuran terhadap seluruh indikator kualitas tersebut kepada laporan KDRS yang sudah dikirimkan dengan membandingkannya dengan dokumen rekam medis, skor penilaian kualitas KDRS dari tiap unit pelaksana dapat dilihat pada tabel berikut :

	Unit Pelaksana	Kualitas KDRS	
		Preintervensi	Postintervensi
1	DKK 1	19,69	74,23
2	DKK 2	19,69	74,23
3	DKK 2	19,69	74,23
4	RSUD 1	10	71,11
5	RSUD 2	10	71,11
6	RS TMC	67,8	91,04
7	RSU Permata Bunda	10	90,62
8	RSU Prasetya Bunda	10	77,25
9	RSI Hj. Siti Muniroh	10	68,12
10	RS Syifa Medina	10	65,25
11	RS Jasa Kartini	10	56,25
<b>Rata2</b>		<b>17,90</b>	<b>73,95</b>
<b>Selisih rata-rata skor</b>		<b>56,05</b>	

Tabel V.15 Skor kualitas KDRS sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

Pada tahap penilaian preintervensi, hanya satu unit pelaksana yang telah menerapkan laporan KDRS dan mendapatkan skor kategori yang cukup, sedangkan untuk unit pelaksana lainnya penilaian didasarkan kepada metode pelaporan yang sudah dilaksanakan dibandingkan dengan indikator penilaian kualitas KDRS. Setelah dilakukan upaya intervensi, seluruh unit sudah menerapkan sistem pelaporan KDRS DBD. Sebagian besar telah memiliki kualitas yang cukup, dua unit dengan kualitas yang baik dan hanya satu unit pelaksana dengan kualitas yang kurang.



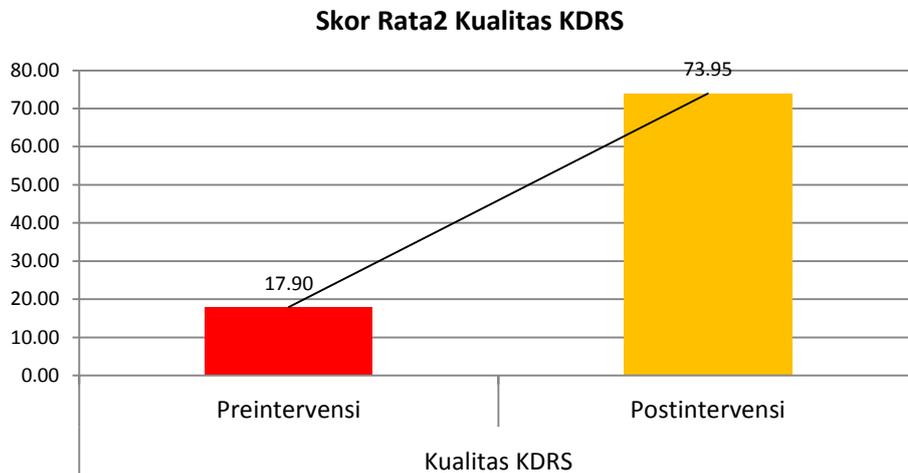
Gambar V.14 Diagram peningkatan aspek kualitas KDRS tiap unit pelaksana

Berdasarkan diagram diatas, dapat dilihat bahwa seluruh unit pelaksana mengalami peningkatan dalam aspek kualitas KDRS. Selain satu unit pelaksana yang sudah menjalankan sistem KDRS sebelum intervensi, seluruh unit pelaksana mengalami peningkatan kualitas yang signifikan.

Skor	Kualitas KDRS	
	Preintervensi	Postintervensi
Rata2	17,90 (kurang)	73,95 (cukup)

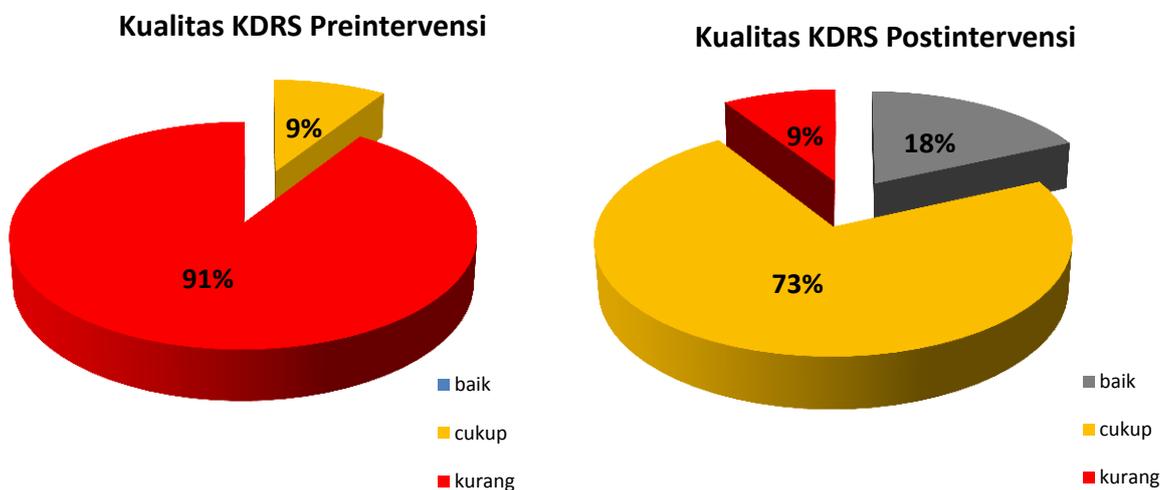
Tabel V.16 Skor rata-rata kualitas KDRS sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

Peningkatan skor penilaian tiap unit diikuti oleh peningkatan kategori kualitas secara keseluruhan bila dilihat dari skor rata-rata penilaian, yang sebelum intervensi masuk pada kategori kurang meningkat menjadi kategori cukup setelah dilakukan intervensi.



Gambar V.15 Diagram peningkatan skor rata-rata aspek kualitas KDRS tiap unit pelaksana

Proporsi Kualitas KDRS Sebelum dan Sesudah Intervensi



Gambar V.16 Diagram perbedaan proporsi kualitas KDRS tiap unit pelaksana

Diagram diatas menunjukkan perbedaan proporsi kualitas KDRS sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Pada tahap penilaian preintervensi, sebagian besar (91%) unit pelaksana memiliki kualitas KDRS yang kurang dan hanya 1 unit pelaksana yang memiliki kualitas cukup. Namun setelah dilakukan intervensi, sebagian besar (73%) unit pelaksana telah memiliki kualitas KDRS yang cukup.

## VI. PEMBAHASAN

### A. Aspek Pengetahuan Petugas dalam Pengembangan Model Surveilans Aktif DBD

Pengetahuan dapat diperoleh seseorang secara alami atau diintervensi baik langsung maupun tidak langsung. Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu<sup>9</sup>. Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses belajar ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia, serta keadaan sosial budaya. Pada umumnya, pengetahuan memiliki kemampuan prediktif terhadap sesuatu sebagai hasil pengenalan atas suatu pola<sup>10</sup>.

Penelitian ini melakukan intervensi terhadap pengetahuan responden agar mengalami peningkatan yang akan mendukung dalam keberhasilan upaya pengembangan surveilans aktif DBD melalui laporan KDRS. Aspek pengetahuan mengalami peningkatan kategori dari kategori yang kurang (skor; 51,82) pada saat pengukuran pra intervensi menjadi kategori yang baik (skor; 80,91) setelah diukur pada tahap post intervensi.

Proses intervensi pengetahuan dalam penelitian ini mengikuti tahapan alami dari proses pengetahuan yaitu tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*) dan evaluasi (*evaluation*)<sup>11</sup>. Proses tersebut dalam penelitian ini yaitu:

#### 1. Tahu

Dalam tahap ini, responden yaitu petugas surveilans terlebih dahulu diberikan materi mengenai tata laksana surveilans aktif DBD melalui laporan KDRS DBD.

#### 2. Memahami dan aplikasi

Setelah responden mendapatkan materi mengenai tatalaksana surveilans aktif DBD melalui laporan KDRS DBD, responden dan fasilitator berdiskusi untuk menyamakan persepsi dan memantapkan pemahaman dari para responden. Dalam proses aplikasi, responden dengan dipandu fasilitator melakukan simulasi pembuatan laporan KDRS DBD hingga seluruh responden memiliki kemampuan untuk membuat laporan tersebut.

### 3. Analisis dan Sintesis

Proses analisis dan sintesis dilalui oleh para responden pada saat responden berlatih membuat laporan. Responden diberikan contoh soal yang berisikan data-data dari pasien DBD yang dirawat di suatu rumah sakit. Responden melakukan analisis dan mengkaji data-data yang disajikan untuk dapat mengidentifikasi data-data yang diperlukan untuk dimasukkan dalam laporan. Proses ini akan memantapkan pengetahuan responden agar dapat membuat laporan KDRS dengan lengkap dan akurat.

### 4. Evaluasi

Evaluasi dari pengetahuan responden dilakukan dengan melakukan post test dengan instrumen/kuesioner yang sama dengan pre test yang sebelumnya sudah dilaksanakan. Dari proses evaluasi ini diketahui bahwa pengetahuan responden mengalami peningkatan setelah dilakukan intervensi

## **B. Aspek Sikap Petugas dalam Pengembangan Model Surveilans Aktif DBD**

Sikap adalah pernyataan evaluatif terhadap objek, orang, atau peristiwa. Hal ini mencerminkan perasaan seseorang terhadap sesuatu. Pernyataan evaluatif merupakan reaksi respons terhadap objek, orang, dan peristiwa yang merupakan stimulus<sup>12</sup>. Pengertian lain dari sikap menurut Notoatmodjo (2007) adalah reaksi atau respons yang masih tertutup terhadap stimulus atau objek. Sikap yang ada dalam seseorang memerlukan unsur respons dan stimulus. Output sikap pada seseorang dapat berbeda, jika suka maka seseorang akan mendekat, mencari tahu, dan bergabung, sebaliknya jika tidak suka maka seseorang akan menghindar atau menjauhi<sup>13</sup>. Azwar (2008) menyatakan sikap dikategorikan menjadi tiga orientasi pemikiran yaitu berorientasi pada respons, berorientasi pada kesiapan respons, dan berorientasi pada skema triadik. Sikap berorientasi pada respons adalah perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) atau tidak memihak (*unfavourable*) pada suatu objek. Sikap berorientasi pada kesiapan respons adalah kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu<sup>14</sup>.

Proses intervensi sikap responden dalam penelitian ini bila dikaitkan dengan tahapan sikap dalam taksonomi Bloom dalam Azwar (2007)<sup>15</sup> adalah sebagai berikut:

#### 1. Menerima

Tahap sikap menerima adalah kepekaan seseorang dalam menerima rangsangan (stimulus) dari luar yang datang kepada dirinya dalam bentuk masalah, situasi, gejala,

dan lain-lain. Pada tahap ini, seseorang dibina agar mereka bersedia menerima nilai-nilai yang diajarkan kepada mereka, dan mau menggabungkan diri ke dalam nilai tersebut atau mengidentifikasikan diri dengan nilai tersebut. Dalam penelitian ini, responden sebagai peserta lokakarya dan pelatihan KDRS DBD diberikan pengertian mengenai pentingnya laporan KDRS DBD untuk mendukung kegiatan surveilans aktif. Kegiatan lokakarya dalam penelitian ini menimbulkan kemauan dan komitmen dari responden untuk melaksanakan surveilans aktif.

## 2. Menanggapi.

Tahap sikap menanggapi adalah kemampuan yang dimiliki oleh seseorang untuk mengikut sertakan dirinya secara aktif dalam fenomena tertentu dan membuat reaksi terhadapnya salah satu cara. Tahap ini lebih tinggi daripada tahap menerima. Dalam penelitian ini, tahap menanggapi telah dilakukan oleh responden, hal tersebut dapat dilihat dari terlaksananya surveilans aktif, laporan KDRS telah dikirimkan secara rutin oleh responden sehingga kualitas laporan KDRS-pun meningkat.

## 3. Menilai.

Tahap sikap menilai adalah memberikan nilai atau memberikan penghargaan terhadap suatu kegiatan atau objek, sehingga apabila kegiatan itu tidak dikerjakan, dirasakan akan membawa kerugian atau penyesalan. Menilai merupakan tingkat afektif yang lebih tinggi lagi daripada menerima dan menanggapi. Dalam kaitan dalam peningkatan sikap, seseorang di sini tidak hanya mau menerima nilai yang diajarkan, tetapi mereka telah berkemampuan untuk menilai konsep atau fenomena, yaitu baik atau buruk. Bila suatu ajaran yang telah mampu mereka nilai dan mampu untuk mengatakan “itu adalah baik”, maka hal ini berarti bahwa seseorang telah menjalani proses penilaian. Nilai tersebut mulai dicamkan (*internalized*) dalam dirinya. Dengan demikian nilai tersebut telah stabil dalam dirinya. Bila dikaitkan dengan hasil penelitian ini, proses menilai memang tidak dapat tergambar secara langsung dari para responden, namun berdasarkan wawancara mendalam kepada seluruh responden menyatakan bahwa laporan KDRS adalah penting dan sangat diperlukan untuk mendukung surveilans aktif DBD. Hal tersebut menunjukkan sikap dari responden yang telah mampu menilai pentingnya laporan KDRS DBD.

## 4. Mengelola.

Tahap sikap mengelola adalah mempertemukan perbedaan nilai sehingga terbentuk nilai baru yang universal, yang membawa pada perbaikan umum. Dalam penelitian ini, responden telah mampu melaksanakan proses mengelola sehingga pelaporan KDRS

dapat dijalankan dengan berkesinambungan. Hal tersebut membuat surveilans aktif dapat berjalan sebagaimana mestinya. Sebelum dilakukan intervensi, laporan DBD dilakukan secara rekapitulasi dalam periode waktu tertentu (tiap bulan), namun setelah dilakukan intervensi, laporan dilakukan setiap ada kasus melalui laporan KDRS DBD. Hal tersebut menjadikan informasi yang diterima dinas kesehatan menjadi lebih *up to date* sehingga penanganan kasus di masyarakat menjadi lebih cepat dan tepat.

#### 5. Menghayati.

Tahap sikap menghayati adalah keterpaduan semua sistem nilai yang telah dimiliki oleh seseorang, yang memengaruhi pola kepribadian dan tingkah lakunya. Di sini proses internalisasi nilai telah menempati tempat tertinggi dalam suatu hirarki nilai. Nilai tersebut telah tertanam secara konsisten pada sistemnya dan telah memengaruhi kebiasaannya. Jadi, pada tahap ini responden telah memiliki sistem nilai yang telah mengontrol tingkah lakunya untuk suatu waktu yang lama, sehingga membentuk karakteristik “pola hidup” tingkah lakunya menetap, konsisten, dan dapat diandalkan. Proses menghayati dalam penelitian ini belum dapat ditentukan bahkan sampai laporan penelitian ini tersusun, karena proses ini baru dapat dilihat setelah pengembangan model surveilans aktif ini dapat terus diterapkan hingga ditemukan sistem baru yang akan menggantikan sistem yang telah dijalankan saat ini.

Setelah diterapkan dalam penelitian ini, metode tersebut terbukti dapat meningkatkan sikap dari responden terhadap surveilans aktif melalui laporan KDRS DBD. Meskipun aspek sikap responden terhadap KDRS DBD mengalami peningkatan paling kecil bila dibandingkan dengan hasil pengukuran aspek lainnya, namun hal tersebut bukan merupakan suatu masalah dikarenakan skor rata-rata penilaian pada saat tahap preintervensi untuk aspek sikap responden sudah termasuk dalam kategori yang cukup (72,73). Setelah diintervensi, skor rata-rata mengalami peningkatan menjadi kategori yang baik (84,55). Sikap yang baik tersebut akan sangat mendukung terhadap pelaksanaan surveilans aktif melalui laporan KDRS DBD ini dapat dijalankan secara berkesinambungan.

### **C. Aspek Sarana Penunjang dan Kualitas Laporan KDRS DBD**

#### **1. Sarana Penunjang**

Dalam penyelenggaraan surveilans aktif DBD, sarana penunjang merupakan salah satu unsur yang penting dalam mendukung upaya tersebut. Menurut Keputusan

Menteri Kesehatan No. 1116 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, peran setiap unit pelaksana surveilans tidak dapat dijalankan dengan optimal tanpa dukungan sarana penunjang yang memadai. Dalam pedoman tersebut dijabarkan mengenai sarana apa saja yang sebaiknya dipenuhi terutama dalam hal ini adalah di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit Umum sebagai penyelenggara surveilans di tingkat kabupaten/kota, yaitu sebagai berikut :

- a. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sarana penunjang yang harus dipenuhi adalah:
  - 1) Jaringan elektromedia
  - 2) Komunikasi (telepon, faksimili, dan telekomunikasi lainnya)
  - 3) Komputer dan perlengkapannya
  - 4) Referensi surveilans epidemiologi, penelitian dan kajian kesehatan
  - 5) Pedoman pelaksanaan surveilans epidemiologi dan program aplikasi komputer
  - 6) Formulir perekaman data surveilans epidemiologi sesuai dengan pedoman
  - 7) Peralatan pelaksanaan surveilans
  - 8) Sarana transportasi
- b. Rumah Sakit Umum
  - 1) Komputer dan perlengkapannya
  - 2) Komunikasi (telepon, faksimili dan SSB)
  - 3) Referensi surveilans epidemiologi, penelitian dan kajian kesehatan
  - 4) Pedoman pelaksanaan surveilans epidemiologi dan program aplikasi komputer
  - 5) Formulir perekaman data surveilans epidemiologi sesuai dengan pedoman
  - 6) Peralatan pelaksanaan surveilans epidemiologi di Rumah Sakit
  - 7) Sarana transportasi

Selain sarana penunjang yang disebutkan dalam Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1116 tersebut, dalam penelitian ini dikaji pula penunjang lainnya yang dapat memperkuat penyelenggaraan surveilans di unit pelaksana yaitu seperti dokumen SOP (Standar Operasional Prosedur) atau Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Surveilans, Surat Keputusan dari Pejabat berwenang mengenai Penyelenggaraan Surveilans dan fasilitas lainnya yang dibutuhkan.

Setelah dilakukan intervensi, seluruh unit pelaksana mengalami peningkatan dalam aspek sarana penunjang. Seluruh unit telah memiliki form KDRS dan dokumen

pendukungnya. Untuk fasilitas penunjang seperti komputer maupun fasilitas mebeler meskipun belum optimal karena fungsinya yang dimanfaatkan bersama dengan tugas lainnya, secara bertahap mulai di lengkapi untuk menunjang kegiatan surveilans di rumah sakit.

Pengadaan sarana penunjang di beberapa unit pelaksana yang belum optimal, berdasarkan hasil observasi dan wawancara lebih mendalam, disebabkan karena pengadaan sarana penunjang tersebut terkait dengan kebijakan dan anggaran dari tiap unit pelaksana sehingga dapat dimaklumi untuk aspek sarana penunjang membutuhkan waktu yang lebih lama untuk dapat optimal bila dibandingkan dengan aspek lainnya. Namun demikian secara keseluruhan sarana penunjang mengalami peningkatan di setiap unit pelaksana setelah dilakukan upaya intervensi.

## **2. Kualitas Laporan KDRS DBD**

Laporan KDRS DBD adalah laporan segera (1x24 jam setelah penegakan diagnosis) tentang adanya penderita Demam Dengue (DD), DBD, *Dengue Shock Syndrom* (DSS), termasuk tersangka DBD, agar segera dilakukan tindakan yang dibutuhkan. KDRS menggunakan form khusus dengan berbagai isian tentang hasil pemeriksaan pasien yang disalin dari dokumen rekam medis pasien. KDRS harus lengkap, akurat dan dikirimkan tepat waktu. KDRS dibuat oleh petugas rekam medis atau petugas surveilans rumah sakit. Kelengkapan dan ketepatan waktu dalam pelaporan KDRS merupakan hal yang paling penting karena akan mendukung koordinasi yang cepat antara rumah sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (DKK), Puskesmas dan masyarakat sehingga peningkatan kasus penyakit dalam satu wilayah akan dapat terdeteksi dan ditekan secara cepat<sup>5</sup>.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1116 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, rumah sakit adalah salah satu unit penyelenggara surveilans epidemiologi dimana rumah sakit diharuskan melaksanakan surveilans epidemiologi dengan melakukan identifikasi, pelaporan dan kajian epidemiologi penyakit menular, tidak menular dan masalah kesehatan lainnya di rumah sakit. Dalam hal ini sistem pelaporan KDRS DBD adalah salah satu peran yang harus dilaksanakan rumah sakit dalam pelaksanaan fungsinya sebagai unit penyelenggara surveilans epidemiologi. Indikator paling penting yang menunjukkan optimal tidaknya kualitas surveilans aktif DBD melalui pelaporan KDRS adalah kelengkapan data dan ketepatan waktu penyampaian laporan<sup>5</sup>.

Indikator dari kualitas laporan KDRS juga diungkapkan dalam hasil penelitian Natalia (2011), yang menyebutkan bahwa laporan adanya kasus DBD di rumah sakit harus segera dilaporkan ke pihak Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota agar dapat dilakukan tindakan pencegahan dan penanggulangan dengan sesegera mungkin, yaitu dilaporkan selama 1 x 24 jam setelah penegakan diagnosis. Hal ini untuk menghindari penyebaran kasus yang lebih luas di masyarakat. Ketepatan waktu pelaporan surveilans harus dievaluasi secara berkala untuk setiap langkah pengawasan yang lebih spesifik dari pengendalian dan pencegahan DBD<sup>16</sup>. Penelitian Nasutin M dkk (2009) juga menyebutkan bahwa hal yang paling berperan dalam sistem informasi surveilans ini adalah ketepatan waktu, keakuratan dan kelengkapan dari data yang dilaporkan agar menghasilkan informasi mengenai penyakit DBD dengan akurat<sup>17</sup>.

Berdasarkan hasil penelitian ini, kualitas KDRS merupakan aspek yang mengalami peningkatan paling signifikan karena memiliki selisih rata-rata skor terbesar bila dibandingkan dengan aspek lainnya. Pengukuran kualitas KDRS dikaji berdasarkan kelengkapan pengisian data, keakuratan pengisian data berdasarkan dokumen rekam medis dan ketepatan waktu pengiriman laporan. Semakin lengkap dan akurat laporan KDRS dibuat dan dibandingkan dengan rekam medis pasien, maka semakin baik skor dari kualitas KDRS tersebut. Ketepatan waktu penyampaian juga merupakan faktor yang sangat penting mengingat laporan KDRS DBD harus dikirimkan 1 x 24 jam setelah penegakkan diagnosis.

Pentingnya indikator ketepatan waktu juga diungkapkan dalam hasil penelitian Retanto dkk (2012) bahwa ketepatan waktu pelaporan sangat menentukan validitas suatu data. Dengan laporan yang cepat dan tepat akan sangat berpengaruh dalam analisis penyakit DBD untuk sistem kewaspadaan dini penyakit yang berpotensi wabah. Laporan yang diterima dengan tidak tepat waktu atau terlambat akan menyebabkan data yang diolah tidak relevan dengan kenyataan yang ada saat itu, sehingga tidak dapat digunakan untuk mengambil keputusan bagi para pengambil kebijakan seperti di dinas kesehatan kabupaten/kota<sup>18</sup>. Hasil penelitian Wuryanto (2008) mengungkapkan bahwa seringkali keterlambatan terjadi dalam proses pelaporan kasus DBD di rumah sakit kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Padahal rumah sakit merupakan sumber utama data kasus DBD, karena fasilitas laboratoriumnya mampu mendeteksi kasus DBD dengan lebih baik. Keterlambatan tersebut mengakibatkan penanganan di lapangan seperti kegiatan penyelidikan epidemiologi yang seharusnya dilakukan maksimal 2 x 24 jam menjadi terlambat<sup>19</sup>.

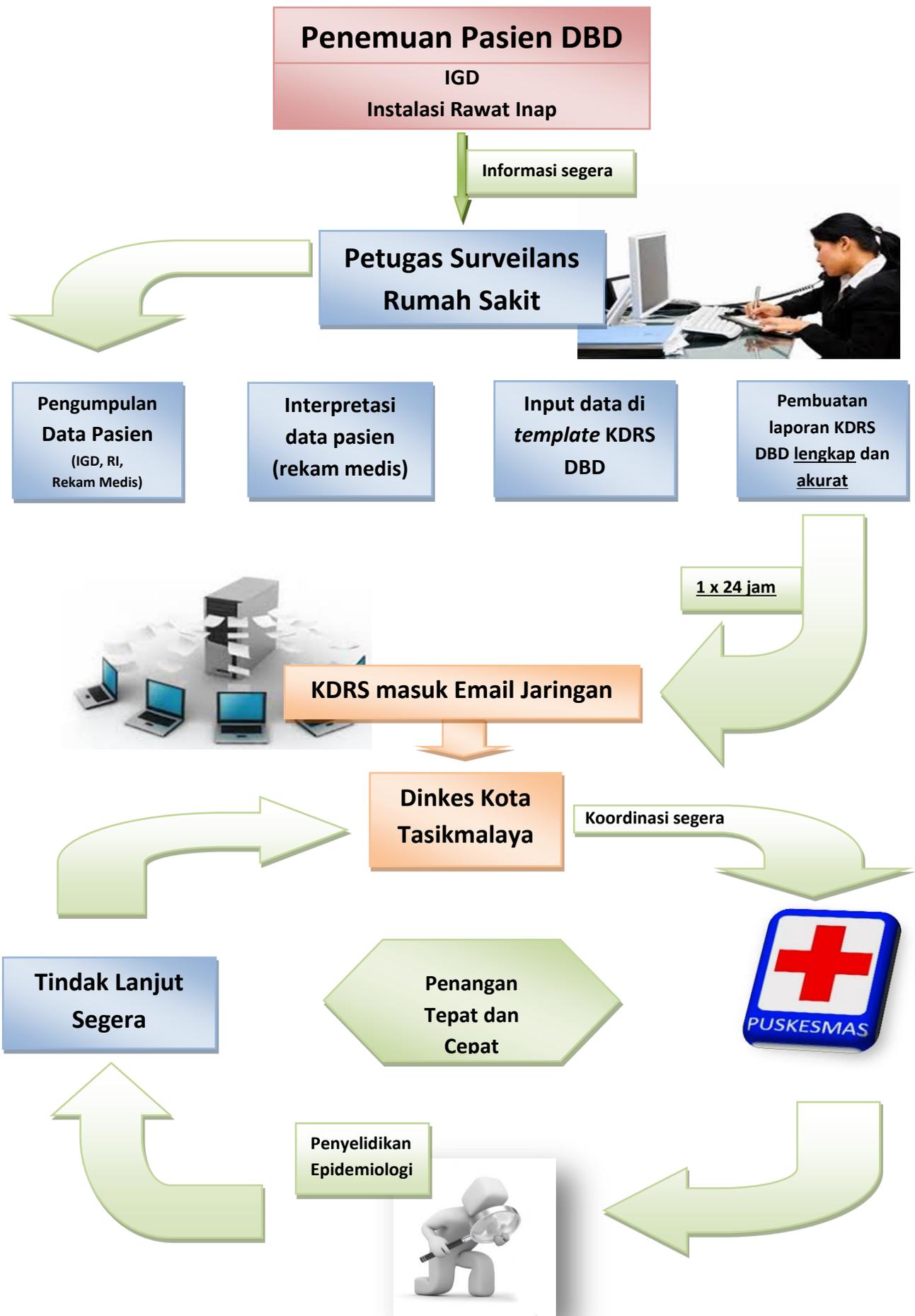
Setelah dilakukan intervensi dan diterapkan model surveilans yang telah ditentukan, terjadi peningkatan dalam aspek Kualitas KDRS. Peningkatan skor penilaian kualitas KDRS tiap unit pelaksana diikuti oleh peningkatan kategori kualitas KDRS secara keseluruhan bila dilihat dari skor rata-rata penilaian, yang sebelum intervensi masuk pada kategori kurang (skor; 17,90) meningkat menjadi kategori cukup (73,95) setelah dilakukan intervensi. Dengan demikian, model surveilans aktif DBD ini telah mampu meningkatkan kualitas laporan KDRS DBD di Kota Tasikmalaya sehingga diharapkan dapat mendukung upaya penanganan dan penanggulangan kasus DBD di masyarakat menjadi lebih cepat dan tepat.

#### **D. Model Surveilans Aktif DBD**

Setiap penyelenggaraan surveilans epidemiologi penyakit termasuk DBD sebagaimana tersebut dalam Menteri Kesehatan No. 1116 Tahun 2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan, terdiri dari beberapa komponen yang menyusun bangunan sistem surveilans yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan yang jelas dan dapat diukur
2. Unit surveilans epidemiologi yang terdiri dari kelompok kerja surveilans epidemiologi dengan dukungan tenaga profesional
3. Konsep surveilans epidemiologi sehingga terdapat kejelasan sumber dan cara-cara memperoleh data, cara-cara mengolah data, cara-cara melakukan analisis, sasaran penyebaran atau pemanfaatan data dan informasi epidemiologi, serta mekanisme kerja surveilans epidemiologi
4. Dukungan advokasi, peraturan perundang-undangan, sarana dan anggaran
5. Pelaksanaan mekanisme kerja surveilans epidemiologi
6. Jejaring surveilans epidemiologi yang dapat membangun kerjasama dalam pertukaran data dan informasi epidemiologi, analisis, dan peningkatan kemampuan surveilans epidemiologi.
7. Indikator kinerja.

Berdasarkan komponen-komponen tersebut, penelitian ini berusaha untuk mengembangkan sebuah model surveilans DBD yang aktif yang dapat diterapkan dan sesuai dengan kebutuhan seluruh unit pelaksana di Kota Tasikmalaya yaitu 7 Rumah Sakit Umum di Kota Tasikmalaya dan Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Dari tahapan yang telah dilalui (pra intervensi, intervensi dan post intervensi) dapat ditentukan sebuah model surveilans aktif DBD sebagai berikut :



Gambar VII. 1 Model Surveilans Aktif DBD dengan Pelaporan KDRS di Kota Tasikmalaya

Model surveilans aktif ini menitikberatkan kepada indikator kualitas laporan KDRS yaitu lengkap, akurat dan tepat waktu. Model ini juga telah disepakati dan telah diterapkan oleh seluruh unit pelaksana dalam hal ini adalah 7 Rumah Sakit Umum di Kota Tasikmalaya dan Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Dari tiga bulan monitoring awal dari penerapan model ini telah mampu meningkatkan kualitas pelaporan kasus DBD di Kota Tasikmalaya dari setiap rumah sakit kepada Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Sedangkan untuk mengetahui efektifitas model ini terhadap penanganan kasus DBD secara langsung di masyarakat perlu untuk dilakukan studi lebih lanjut. Model ini akan menjadi suatu rekomendasi yang akan diajukan kepada unit pelaksana yaitu Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dan seluruh Rumah Sakit di Kota Tasikmalaya untuk dapat diterapkan secara berkelanjutan.

## **VII. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Kesimpulan**

Upaya intervensi berupa Lokakarya dan Pelatihan Singkat mengenai Laporan KDRS DBD dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap dari petugas surveilans mengenai pentingnya surveilans aktif DBD melalui sistem pelaporan KDRS. Pengembangan Model Surveilans Aktif yang diterapkan dalam penelitian ini mampu meningkatkan Kualitas Laporan KDRS sehingga diharapkan dapat mendukung upaya penanganan penyakit DBD di masyarakat.

### **B. Saran**

Model Surveilans Aktif DBD melalui sistem pelaporan KDRS ini menjadi rekomendasi untuk Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya dan seluruh RSUD di Kota Tasikmalaya agar dapat terus diterapkan secara berkesinambungan. Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui efektivitas model ini terhadap upaya penanganan DBD secara langsung di masyarakat dan penerapan KRDS di seluruh Rumah Sakit di Indonesia.

## **VIII. UCAPAN TERIMAKASIH**

Penulis menyampaikan terimakasih kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Sekretariat Riset Pembinaan Kesehatan Tahun 2015 dan segenap Tim Pembina, DR. Gurendro Putro, S.KM., M.Kes, Prof. dr. Agus Suwandono, Dr.PH, Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, seluruh Rumah Sakit Umum di Kota Tasikmalaya, rekan-rekan peneliti Lokalitbang P2B2 Ciamis serta berbagai pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu-persatu yang telah memberikan dukungan dalam berbagai bentuk dari mulai persiapan penelitian hingga selesainya laporan penelitian ini.

## DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Laporan Kajian Kebijakan Penanggulangan (Wabah) Penyakit Menular (Studi Kasus DBD). Jakarta, 2006.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2012. Jakarta, 2013.
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2012. Bandung, 2013.
4. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Cakupan Program Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang Provinsi Jawa Barat Tahun 2013. Bandung, 2014.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan. 2003.
6. Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Data Cakupan Surveilans Aktif DBD di Rumah Sakit Kota Tasikmalaya. Tasikmalaya, 2014.
7. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D. Alfabeta. Bandung. 2007.
8. Notoatmodjo, Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta. 2002.
9. Notoatmodjo, Soekidjo. Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta. 2003.
10. Budiman dan Agus Riyanto. Kapita Selekta Kuesioner Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan. Jakarta. Salemba Medika. 2013.
11. Keraf, S.A. Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis. Yogyakarta: Kanisius. 2001.
12. Robbins, Stephen P. Perilaku Organisasi. Buku 1. Jakarta: Salemba Empat. 2007.
13. Notoatmodjo, Soekidjo. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta. 2007.
14. Azwar, S.A. Sikap dan Pengukurannya. Jakarta: Binarupa Aksara. 2008.
15. Azwar, S.A. Penyusunan Skala Psikologi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2007.
16. Nasution, M., Yuni Wijayanti, Anik Setyo Wahyuningsih. Pengembangan Model Pendampingan dan Pelatihan Tentang Pencegahan Demam Berdarah Dengue Pada Desa Siaga Di Kelurahan Kandri Kecamatan Gunungpati Kota Semarang. Jurnal KEMAS, Vol. 4, No. 2, Januari-Jun 2009. Halaman 147-158.

17. Natalia, Aryanti. Gambaran Pelaksanaan Surveilans Epidemiologi Penyakit Demam Berdarah Dengue Ditinjau dari Aspek Petugas di Tingkat Puskesmas Kota Semarang Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol. 1, No. 2, Tahun 2012. Hal. 262-271. <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm>.
18. Retanto, Yudi dan Hira Laksmiwati Zoro. Pengembangan Sistem Surveilans Penyakit Berpotensi KLB. *Jurnal Sarjana ITB Bidang Teknik Elektro dan Informatika*. 1 (1): 241- 245. 2012.
19. Wuryanto, M,A. Surveilans Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) dan Permasalahannya di Kota Semarang Tahun 2008. Disampaikan di Seminar Nasional Mewujudkan Kemandirian Kesehatan Masyarakat Berbasis Preventif dan Promotif. ISBN: 978-979-704-910-2 13-03-2010.

## **LAMPIRAN**

## Lampiran 1. Persetujuan Etik (*Ethical Approval*)



### KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226  
Telepon : (021) 4261088 Faksimile : (021) 4243933  
Surat Elektronik : [sesban@litbang.depkes.go.id](mailto:sesban@litbang.depkes.go.id) Laman (*Website*) : <http://www.litbang.depkes.go.id>

#### PERSETUJUAN ETIK (*ETHICAL APPROVAL*)

Nomor : LB.02.01/5.2/KE-034 /2015

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbang Kesehatan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

#### **"Pengembangan Model Surveilans Aktif Demam Berdarah Dengue Melalui Metode Pelaporan Kewaspadaan Dini Rumah Sakit (KDRS) di Kota Tasikmalaya Tahun 2015"**

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana / Peneliti Utama :

**Aryo Ginanjar, SKM.**

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa berlaku maksimum selama 1 (satu) tahun.

Selama penelitian berlangsung, laporan kemajuan (setelah 50% penelitian terlaksana) harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Jakarta, 15 Januari 2015

Ketua  
Komisi Etik Penelitian Kesehatan  
Badan Litbang Kesehatan,

Prof. Dr. M. Sudomo

Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya



**PEMERINTAH KOTA TASIKMALAYA**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jln Ir. H. Djuanda Komplek Perkantoran Telp.(0265) 342437  
Tasikmalaya



Tasikmalaya, 21 April 2015

Nomor : 443.42/1427/IV/DKK/2015  
Lampiran : -,-  
Perihal : Risbinkes DBD

Kepada Yth.  
Kepala Balitbangkes Kemenkes R.I  
Lokalitbang P2BB Ciamis  
di  
Pangandaran

Menindaklanjuti Surat Saudara nomor; LB.02.01/IV.7/0114/2015 tanggal 4 Februari 2015 perihal Permohonan Ijin Penelitian yang berjudul "Pengembangan Model Surveilans Aktif Demam Berdarah Dengue Melalui Metode Pelaporan Kewaspadaan Dini Rumah Sakit (KDRS) di Kota Tasikmalaya Tahun 2015, pada prinsipnya kami mengizinkan dan mendukung penelitian tersebut sejauh dalam pelaksanaannya senantiasa mengutamakan keamanan dan ketertiban bagi semua pihak serta menunjang pengembangan program pengendalian DBD khususnya di Kota Tasikmalaya.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

A.N. Kepala Dinas Kesehatan Kota  
Tasikmalaya  
Kepala Bidang P2KL,



DIDIN FITRIYADI, S.IP, M.Kes  
NIP.19670112 198902 1 001

### Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari Kantor Kesbangpol Kota Tasikmalaya



**PEMERINTAH KOTA TASIKMALAYA**  
**KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
Kompleks Kecamatan Cihideung Jalan Cieunteung GedeNo. 5 Tlp/ Fax (0265) 313188  
Kota Tasikmalaya

Kode Pos 46122

**REKOMENDASI PENELITIAN**  
**NOMOR : 070/ 56 /KKBP**

- DASAR : a. Permendagri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian;  
b. Surat dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor : LB.02.01/IV.7/0117/2015 tanggal 4 Februari 2015 perihal Permohonan Ijin Penelitian.

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Tasikmalaya, dengan ini memberikan rekomendasi penelitian kepada :

- a. Nama Peneliti : **ARYO GINANJAR, S.KM**  
b. Alamat : Perum Kalibagor Indah Blok G.13 RT 07/05 Desa Kalibagor Kabupaten Banyumas Jawa Tengah  
c. Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil  
d. Judul : **PENGEMBANGAN MODEL SURVEILANS AKTIF DEMAM BERDARAH DENGUE MELALUI METODE PELAPORAN KEWASPADAAN DINI RUMAH SAKIT (KDRS) DI KOTA TASIKMALAYA TAHUN 2015**  
e. Tujuan : Pengumpulan Data  
f. Tempat/Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, RSUD Dr. Soekardjo, RS Jasa Kartini, RSU Tasik Medika Citratama, RSU Hj. Siti Muniroh, RSU Permata Bunda, RSU Prasetya Bunda, RSU Syifa Medina, RSIA Widaningsih  
g. Jadwal : 1 Maret s.d 30 Mei 2015  
h. Bidang : Kesehatan  
i. Status : Baru  
j. Penanggungjawab : Lukman Hakim, S.KM., M.Epid  
k. Anggota : -

Dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Peneliti mentaati ketentuan yang tercantum dalam rekomendasi penelitian ini dan peraturan perundang-undangan, norma-norma dan adat istiadat yang berlaku;
2. Penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan keresahan di masyarakat, yang dapat mengganggu stabilitas keamanan dan ketentraman dalam lingkup daerah ataupun lingkup nasional;
3. Sehubungan dengan maksud dan tujuan penelitian, diharapkan pihak yang terkait dapat memberikan dukungan dan bantuan yang diperlukan;
4. Setelah melaksanakan kegiatan penelitian agar melaporkan hasilnya kepada Walikota cq Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Tasikmalaya;
5. Rekomendasi Penelitian ini berlaku sampai dengan tanggal 30 April 2015.

Demikian rekomendasi penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Tasikmalaya  
Pada Tanggal : 9 Februari 2015  
a.n. KEPALA KANTOR KESATUAN BANGSA  
DAN POLITIK KOTA TASIKMALAYA  
Kasubbag Tata Usaha  
  
**NANAN KUSNANDAR**  
Penata Tingkat I  
NIP. 19640311 198803 1 012