

Evaluasi Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi Demam Berdarah Dengue Kota Yogyakarta

Fardhiasih Dwi Astuti^{1a*}, Farah Nurul Yanis Syarifa¹, Siti Kurnia Widi Hastuti¹, Rokhmayanti¹

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan

^a fardhiasih.dwiastuti@ikm.uad.ac.id*

*Corresponding Author

INFORMASI ARTIKEL	ABSTRAK
Sejarah artikel: Tanggal diterima: 12 Januari 2026 Tanggal revisi: 16 Januari 2026 Diterima: 24 Januari 2026 Diterbitkan: 25 Januari 2026	<p>Latar Belakang: Kota Yogyakarta merupakan kota dengan endemis penyakit DBD dan kasus yang fluktuatif. Pemerintah Kota Yogyakarta berupaya menanggulangi penyakit DBD salah satunya dengan melakukan penyelidikan epidemiologi kasus DBD. Hal ini menyebabkan perlu dilaksanakan penanggulangan PE DBD. Evaluasi pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD di Kota Yogyakarta perlu dilakukan. Penelitian ini bertujuan melakukan evaluasi pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Metode penelitian menggunakan <i>mixedmethod</i> pendekatan concurrent triangulation. Teknik pengumpulan data kuantitatif dengan study dokumen serta pengumpulan data kualitatif dengan wawancara kepada empat orang informan. Teknik analisis data dengan deskriptif. Hasil kualitatif dianalisis dengan reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan. Keabsahan data dengan triangulasi sumber. Hasil Penderita DBD berdasarkan orang banyak terjadi pada usia 15-44 (41,2%), jenis kelamin Laki-laki (60,3%), penderita terbanyak berada di Kecamatan Umbulharjo (17,6), berdasarkan waktu penderita terbanyak berada di bulan April dan Mei (16,2%), Pelaksanaan Penyelidikan epidemiologi DBD masih adanya keterlambatan pengiriman laporan, sehingga terjadi keterlambatan PE DBD. Penderita dengan diagnosis DF tidak dilakukan PE. Tindakan hasil Penyelidikan epidemiologi DBD yaitu penyuluhan, larvasidasi dan fogging. Kesimpulan: Pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta tahun 2021 masih terjadi keterlambatan penyelidikan. Tindaklanjut PE dilakukan secara bersamaan dengan pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD</p>
Kata Kunci : DBD Evaluasi Penyelidikan Epidemiologi	

Copyright (c) 2022 Care Journal

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan masalah kesehatan utama di wilayah tropis dan sub tropis (Ferreira, 2012) (Sahrir et al., 2016). WHO memprediksi setiap tahun terdapat 50-100 juta masyarakat yang terinfeksi virus dengue di lebih dari 100 negara endemis (WHO, 2012a). Indonesia merupakan salah satu negara dengan endemis kasus DBD (Indrayani, 2018). Provinsi di Indonesia dengan endemis kasus DBD salah satunya yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kota Yogyakarta merupakan kota dengan endemis penyakit DBD di D.I Yogyakarta (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2020). Kota Yogyakarta memiliki angka kejadian kasus DBD yang fluktuatif dimana pada tahun 2017, angka kejadian kasus yaitu 414 penderita (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2018). Kemudian mengalami penurunan kasus pada tahun 2018 dengan angka kesakitan sebesar 27 per 100.000 penduduk (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2019). Pada tahun 2019 kasus DBD meningkat yaitu sebanyak 115 per 100.000 penduduk (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2020). Dan pada tahun 2020 kasus

kembali menurun menjadi 71,4 per 100.000 penduduk (Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta, 2020). Pemerintah Kota Yogyakarta berupaya menanggulangi penyakit DBD salah satunya dengan melakukan penyelidikan epidemiologi kasus DBD.

Upaya penanggulangan kasus yaitu penyelidikan epidemiologi DBD (PE DBD) berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 581/MENKES/SK/VII/1992. Upaya tersebut bertujuan untuk mengetahui adanya penderita atau tersangka lain, diketahui ada atau tidak jentik penular DBD dan mengetahui jenis tindakan (penanggulangan fokus) yang akan dilakukan. Upaya penanggulangan fokus meliputi PSN DBD, larvasidasi, penyuluhan dan fogging yang dilakukan sesuai dengan hasil penyelidikan epidemiologi DBD (Direktur Jendral PP dan PL, 2011).

Hasil penyelidikan epidemiologi DBD yaitu positif dan negatif. Apabila positif maka, Dinas Kesehatan setempat diwajibkan untuk melakukan tindakan penanggulangan fokus (fogging fokus, penyuluhan, PSN 3M plus dan larvasidasi), sedangkan apabila hasil negatif, maka dilakukan penyuluhan, PSN 3M plus dan larvasidasi (KEMENKES, 2017). Dengan dilakukannya penyelidikan epidemiologi DBD serta upaya penanggulangan fokus maka, kegiatan tersebut diharapkan dapat memutus rantai penularan penyakit tersebut (KEMENKES, 2017).

Evaluasi merupakan kegiatan untuk membandingkan hasil yang telah dicapai dengan tujuan yang direncanakan (Notoatmojo, 2014). Pada penelitian di Puskesmas Mojosongo Kabupaten Boyolali, diketahui hasil evaluasi pelaksanaan penyelidikan epidemiologi pada variabel input menunjukkan bahwa ketersediaan SDM cukup tetapi tidak adanya perencanaan dan laporan tertulis terkait dengan kegiatan. Berdasarkan variabel proses diketahui bahwa kegiatan PSN belum terencana dengan maksimal dan terdapat keterlambatan saat penyerahan serbuk abate. Variabel output, Indikator ABJ di Puskesmas Mojosongo hanya 67 % dari target realisasi 95 % hal ini terjadi karena penerapan PSN yang belum optimal (Faizah, 2018).

Kota Yogyakarta merupakan kota dengan endemis penyakit DBD dan kasus yang fluktuatif. Hal ini menyebabkan perlu dilaksanakan penanggulangan PE DBD. Serta belum adanya artikel terkait dengan evaluasi pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD di Kota Yogyakarta. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan melakukan evaluasi pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD berdasarkan data sekunder tahun 2021 di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.

BAHAN DAN METODE

Metode metode mixed method pendekatan concurrent triangulation yaitu penelitian dengan mencampurkan kuantitatif dan kualitatif secara seimbang (Rosyidah, 2021). Pada penelitian ini diawali dengan pengambilan data kuantitatif dan secara bersamaan menentukan informan kualitatif sebagai sumber data. Teknik penentuan sampel dengan menggunakan total sampling. Teknik penentuan subjek pada penelitian kualitatif berdasarkan metode purposive sampling. Teknik pengumpulan data yaitu menggunakan wawancara, observasi dan dokumentasi. Subjek pada penelitian kualitatif berjumlah empat orang terdiri dari tiga orang petugas programmer DBD Puskesmas dan 1 Petugas Seksi P2M Dinas Kesehatan. Teknik analisis data kuantitatif dengan menggunakan analisis deskriptif dan pada penelitian kualitatif menggunakan reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan. Sedangkan triangulasi yaitu menjelaskan keabsahan data dengan menggunakan triangulasi sumber.

HASIL DAN DISKUSI

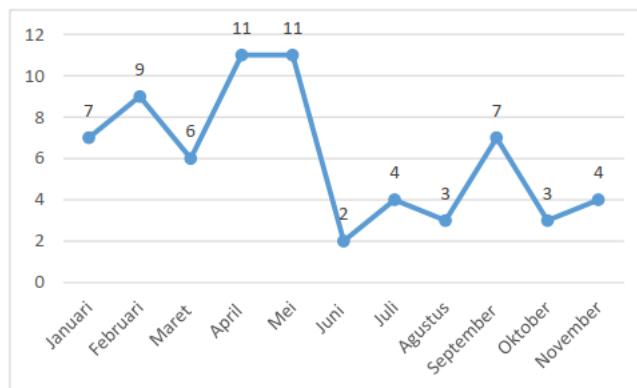
1. Gambaran Penderita DBD

Gambaran penderita DBD berdasarkan variabel umur, jenis kelamin dan tempat penderita di Kota Yogyakarta bulan Januari - November tahun 2021 sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi umur, jenis kelamin dan tempat penderita DBD di Kota Yogyakarta tahun 2021.

Variabel	N	Percentase (%)
Umur		
< 1 Tahun	3	4,4
1- 4 Tahun	11	16,2
5-14 Tahun	19	27,9
15- 44 Tahun	28	41,2
>44 Tahun	7	10,3
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	41	60,3
Perempuan	27	39,7
Kecamatan		
Umbulharjo	12	17,6
Gondokusuman	10	14,7
Wirobrajan	10	14,7
Mergangsan	6	8,8
Kotagede	5	7,4
Tegalrejo	4	5,9
Danurejan	4	5,8
Gedongtengen	4	5,9
Gondomanan	4	5,9
Mantrijeron	3	4,4
Jetis	2	2,9
Ngampilan	2	2,9
Pakualaman	2	2,9
Kraton	0	0
Total	68	100

Hasil distribusi penderita DBD berdasarkan waktu dapat dilihat pada Gambar1.



Gambar 1. Distribusi Penderita DBD di Kota Yogyakarta Januari – November 2021

Hasil penilaian angka bebas jentik (ABJ) berdasarkan kelurahan yang ada di Kota Yogyakarta terdapat pada Tabel 2.

Tabel 2. Angka Bebas Jentik Kelurahan di Kota Yogyakarta Tahun 2021

no	Kecamatan	Kelurahan	ABJ	Target ABJ 95%
1	Tegalrejo	Kricak	97,96	Sesuai
2		Karangwaru	96,67	Sesuai
3		Bener	95,12	Sesuai
4		Tegalrejo	95,03	Sesuai
5	Jetis	Cokrodiningratan	89,3	Belum sesuai
6		Gowongan	87,6	Belum sesuai
7		Bumijo	86,5	Belum sesuai
8	Gondokusuman	Kotabaru	93,3	Belum sesuai
9		Baciro	92,73	Belum sesuai
10		Demangan	92,52	Belum sesuai
11		Clitren	92,18	Belum sesuai
12		Terban	90,75	Belum sesuai
13	Danurejan	Bausaran	94,08	Belum sesuai
14		Tegalpanggang	89,33	Belum sesuai
15		Suryatmajan	76,19	Belum sesuai
16	Gedongtengen	Sosromenduran	91,5	Belum sesuai
17		Pringgokusuman	85,7	Belum sesuai
18	Ngampilan	Ngampilan	88	Belum sesuai
19		Notoprajan	85	Belum sesuai
20	Wirobrajan	Patangpuluhan	93,16	Belum sesuai
21		Wirobrajan	90,86	Belum sesuai
22		Pakuncen	89,5	Belum sesuai
23	Mantrijeron	Suryodiningratan	97,52	Sesuai
24		Mantrijeron	94,68	Belum sesuai
25		Gedongkiwo	92,81	Belum sesuai
26	Kraton	Patehan	93,7	Belum sesuai
27		Panembahan	92,7	Belum sesuai
28		Kadipaten	86,8	Belum sesuai
29	Gondomanan	Ngupasan	96,36	Sesuai
30		Prawirodirjan	93,16	Belum sesuai
31	Pakualaman	Gunungketur	92,6	Belum sesuai
32		Purwokinanti	91,4	Belum sesuai
33	Mergangsan	Wirogunan	92	Belum sesuai
34		Brontokusuman	91,43	Belum sesuai
35		Keparakan	87	Belum sesuai
36	Umbulharjo	Sorosutan	95	Sesuai
37		Pandeyan	93,8	Belum sesuai
38		Warungboto	92,98	Belum sesuai
39		Giwangsan	93	Belum sesuai

no	Kecamatan	Kelurahan	ABJ	Target ABJ 95%
40		Mujamuju	91	Belum sesuai
41		Tahanan	90,5	Belum sesuai
42		Semaki	90	Belum sesuai
43	Kotagede	Rejowinangun	88	Belum sesuai
44		Purbayan	87,24	Belum sesuai
45		Prenggan	82,24	Belum sesuai
		Rata-rata	90,86	

Hasil kelengkapan dan ketepatan pelaporan penderita DBD berdasarkan kewaspadaan dini rumah sakit (KDRS) dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Kelengkapan dan ketepatan Pelaporan kasus DBD berdasarkan KDRS

Kelengkapan KDRS Penderita DBD	Jumlah Penderita	Percentase (%)
Ada	40	59
Tidak ada	28	41
Total Kasus	68	100
Ketepatan KDRS Penderita DBD		
Tepat	19	48
Tidak tepat	21	52
Total Kasus	40	100

2. Hasil Kualitatif

Data kualitatif diperoleh dengan teknik wawancara dengan satu Petugas Pemegang Program DBD di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan tiga Pemegang Program DBD di Puskesmas. Hasil penelitian kualitatif yaitu

Tabel 4. Karakteristik Informan Kualitatif Evaluasi Program DBD di Kota Yogyakarta.

No	Karakteristik Informan	Jumlah	Percentase (%)
1 Jenis Kelamin			
	Laki-laki	2	50
	Perempuan	2	50
2 Umur			
	24 tahun	1	25
	53 tahun	1	25
	56 tahun	1	25
	57 tahun	1	25
3 Pendidikan			
	D3 Kesehatan Lingkungan	2	50
	D4 Kesehatan Lingkungan	1	25
	S1 Epidemiologi	1	25

a. Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi DBD.

Pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD memiliki petunjuk teknis. Petunjuk teknis tersebut berupa langkah-langkah pelaksanaan. Langkah pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD yaitu kegiatan dilakukan setelah petugas Puskesmas menerima KDRS, lalu menulis penambahan pederita pada buku catatan harian penderita DBD, kemudian melakukan konfirmasi dengan RT/RW setempat dan melaksanaan kegiatan penyelidikan epidemiologi DBD. Sesuai dengan penuturan informan 3 yaitu:

“Jika terdapat kasus baru, akan ada KDRS yang diberikan dari Rumah sakit atau keluarga pasien, kemudian konfirmasi ke tokoh masyarakat setempat dan melaksanakan kegiatan penyelidikan epidemiologi DBD”

Kriteria kasus yang dilakukan penyelidikan epidemiologi DBD yaitu hasil diagnosis KDRS terkonfirmasi DHF atau DBD dan Dengue Shock Syndrom. Sedangkan, hasil diagnosis DF tidak dilakukan penyelidikan epidemiologi DBD, tetapi hanya dilakukan wawancara terkait dengan riwayat penderita sebelum sakit. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan 3 yaitu:

“Kasus yang dilakukan penyelidikan epidemiologi DBD merupakan kasus dengan diagnosa DHF dan DSS, sedangkan jika diagnosa DF, saya hanya menanyakan terkait riwayat perjalanan dua minggu sebelum sakit penderita”

Waktu pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD berbeda antara ketiga Puskesmas yaitu 1x24 jam, 2x24 jam dan ada informan yang menjawab secepatnya, berikut ini merupakan penuturan dari informan 3 yaitu:

“Kalau aturannya 1x24 jam mba, tapi kita biasanya datangnya surat itu terlambat gitu, kadang kalau dibawa pasiennya, pasiennya beberapa hari dirumah baru disampaikan ke sini, tapi misalnya ada, biasanya kita kerjasama dengan kader kesehatan, jadi ibu kader itu akan nanya ke kita, ini ada pasien ini, ini, ini sakit ini ini ini dikonfirmasi demam berdarah”

Tidak terdapat ketentuan tertulis terkait pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan 1 yaitu :

“Karena tidak ada panduan tertulis, cuma kalau disini secepatnya jadi tidak terlalu lama, jadi ketika dapat laporan dari dinas surveillans langsung laporan ke programmer DBD besoknya melaksanakan kunjungan”

Petugas Puskesmas melaksanakan kegiatan penyelidikan epidemiologi DBD setelah menerima informasi berupa Form KDRS DBD. Hal tersebut didukung dengan pernyataan informan 2 yaitu:

“Pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD 2x24 jam dari saya menerima informasi KDRS, karena pelaksanaan kegiatan mengacu pada surat tersebut”

Keterlambatan pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD disebabkan keterlambatan informasi yang diterima petugas. Hal tersebut karena KDRS diserahkan kepada keluarga pasien dan keluarga pasien tidak segera melapor ke Puskesmas, sesuai dengan penuturan informan 3 yaitu :

“Untuk aturannya 1×24 jam. tapi, datangnya surat itu sering terlambat disampaikan ke Puskesmas”

Hasil penyelidikan epidemiologi DBD dianalisis secara sederhana dengan menghitung Angka Bebas Jentik, sesuai dengan penuturan informan 3 yaitu:

“Di Puskesmas analisisnya sederhana saja, jika ABJ hanya 80 % berarti kurang dari 95%, nah dianalisis bahwa daerah tersebut kurang menjaga kebersihan lingkungan, 3M nya kurang seperti itu”

Hasil penyelidikan epidemiologi DBD dianalisis secara sederhana disebabkan apabila suatu rumah sudah terindikasi positif jentik nyamuk penular DBD maka harus dilakukan pemberantasan sarang nyamuk disekitar rumah tinggal warga. Hal tersebut menurut penuturan informan 2 yaitu:

“Jadi, ya artinya dimanapun jentik itu berada dapat menandakan bahwa rumah tersebut positif jentik dan kita langsung adjustment bahwa rumah ini beresiko dan perlu dilakukan pemberantasan jentik nyamuk”

Berdasarkan hasil studi dokumen, formulir penyelidikan epidemiologi DBD yang terkumpul di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta hanya terdapat 7 penderita dari total 68 penderita. Formulir tersebut dikumpulkan untuk mengetahui rekomendasi kegiatan tindak lanjut. Dalam pengumpulan formulir hasil penyelidikan, tidak terdapat aturan terkait dengan waktu pengumpulan formulir tersebut. Hal tersebut menurut penuturan informan 2 yaitu:

“Tidak ada aturan terkait waktu pengumpulan, kalau kita paling langsung, paling engga selang sehari terus langsung dikirim ke Dinas Kesehatan”

Kendala dalam pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD sangat bervariasi mulai dari kurangnya peran serta masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan, sesuai dengan penuturan informan 3 yaitu:

“Selama ini kendalanya ada beberapa rumah yang tidak mau diperiksa jentik nyamuk”

Kendala lain dalam pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD adalah perbedaan alamat penderita dengan tempat tinggal yang sesungguhnya. Hal tersebut menyulitkan petugas untuk melaksanakan kegiatan penyelidikan epidemiologi DBD. Hal tersebut sesuai dengan penuturan informan 2 yaitu:

“Kendalanya yaitu, di kota itu tempat kos-kosan, tempat berwisata, kadang penderita menggunakan alamat yang dia pernah tempati padahal dia sudah pindah, kadang kita tidak nemu, setelah diingat-ingat dulu pernah kos disini”

Perbedaan pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD saat pandemi Covid-19 yaitu menggunakan APD seperti masker dan *Handsaniaizer* serta membatasi waktu kunjungan. Hal ini sesuai dengan penuturan informan 1 yaitu:

“Perbedaanya ada di waktunya, jadi jika kunjungan kerumah itu kita membatasi waktu dan tidak terlalu lama, selalu pakai masker dan membawa handsanitaizer seperti itu”

Logistik untuk pengendalian fokus DBD didapatkan dari Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Hal ini sesuai dengan penuturan informan 1 yaitu:

“Biasanya didapatkan dari Dinas Kesehatan, di Puskesmas ada tapi memang tidak menyediakan banyak jadi kalau memang stoknya habis minta ngajukannya ke Dinas. Abatnya masih ada di Puskesmas jadi saya belum meminta ke Dinas”

Berdasarkan penelitian, Abate bisa diperoleh secara mandiri. Petugas puskesmas juga akan memberikan cara penggunaan Abate tersebut. Hal diatas sesuai dengan penuturan informan 2 yaitu:

“Disini ada dan jika masyarakat menghendaki silahkan datang, saya akan berikan dengan tekniknya kita beri tahu”

b. Peralatan Penyelidikan Epidemiologi DBD

Peralatan yang dibawa petugas saat pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD adalah senter dan formulir penyelidikan epidemiologi. Peralatan seperti Tensimeter, Termometer dan surat tugas tidak dibawa. Petugas tidak melakukan pemeriksaan suhu badan dan tekanan darah sehingga hanya bertanya kepada keluarga apa ada yang mengalami demam dua minggu lalu atau tidak. Hal ini sesuai dengan penuturan informan 2 yaitu:

“Kalau sekarang ya jelas pakai protokol kesehatan, yang kedua senter dalam hal ini senter ya mau hp atau senter biasa, terus blangko PE DBD, kalau kita ga sampai kesana jadi kita cuma nanya aja ke keluarga dan rumah sekitar, jadi kita gabawa termometer sama tensimeter mba, nanti malah ga mulai-mulai pada minta di tensi semua”

c. Penyelidikan Faktor Resiko DBD.

Penyelidikan epidemiologi DBD memiliki beberapa kegiatan yaitu wawancara riwayat penderita sebelum sakit, pemeriksaan jentik nyamuk diluar dan didalam ruangan sebanyak 20 rumah disekitar penderita, Pernyataan ini didukung oleh penuturan informan 2 yaitu:

“Pertama, mencari faktor resiko, apakah sebelumnya menginap di tempat lain, di lihat tanggalnya juga, untuk mencari kemungkinan tertular dimana, kemudian kami memeriksa sekitar rumah penderita mengunjungi rumah di sekitar penderita, sekitar 20 rumah dari penderita”

Tindak lanjut penyelidikan epidemiologi DBD di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta yaitu penyuluhan dan larvasidasi. Penyuluhan dan larvasidasi dilakukan secara bersamaan dengan penyelidikan epidemiologi DBD. Metode yang digunakan yaitu penyampaian secara langsung dengan keluarga dan rumah sekitar pasien yang terdapat jentik nyamuk. Hasil ini sesuai dengan penuturan informan 3 yaitu :

“Pada saat kita PE DBD kita beri tau sekalian, jadi missal ada yang kena positif kita kasih tau, maaf rumahnya ada jentiknya nanti dibersihkan, cara membersihkannya kita kasih tau caranya sekalian seperti apa dan biasanya jika rumahnya tidak ada jentik juga tetap kita kasih tau untuk tetap menjaga supaya tidak jadi positif”

Alasan penyuluhan dilakukan bersamaan dengan kegiatan penyelidikan epidemiologi DBD yaitu karena tidak terdapatnya anggaran khusus. Hal diatas sesuai dengan penuturan informan 2 yaitu:

“Karena seperti ini, usulan program itu kadang tidak semua tercover artinya misalnya

harus melakukan penyuluhan, karena memang kalau penyuluhan kan harus mengumpulkan wargakan dan ada biayanya, kadang kita engga menganggarkan hal tersebut, jadi langsung diedukasi pada saat itu”

Anggaran kegiatan tindak lanjut hasil penyelidikan epidemiologi DBD diatur secara mandiri oleh Puskesmas yang disetujui oleh Ketua Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. Hal tersebut sesuai dengan penuturan informan 3 yaitu:

“Untuk penyuluhan ada anggaran dari dana APBD. dana tersebut diajukan oleh puskesmas dan disetujui oleh Dinas Kesehatan, karena semua kegiatan puskesmas harus disetujui oleh Dinas dahulu”

Uraian tindak lanjut (penyelidikan epidemiologi DBD) yaitu:

Penyuluhan dilaksanakan secara langsung oleh petugas pelaksana penyelidikan epidemiologi DBD. Kegiatan tersebut dilakukan apabila menemukan jentik nyamuk pada rumah yang diperiksa, hal tersebut sesuai dengan penuturan informan 2 yaitu :

“Penyuluhan langsung diedukasi pada saat itu, karena kita ketemu dengan keluarga atau penderita yang ada disitu, jadi waktu kita pemeriksaan jentik itu diluar rumah atau dibagian - bagian yang kecil misalnya ember di luar rumah ada, kita juga langsung buang, supaya yang punya rumah tau disini ada jentiknya, lalu kita ajari cara menutup seperti itu.”

Materi yang disampaikan yaitu menutup dan menguras tempat yang dapat menjadi perindukan nyamuk. Sesuai dengan penuturan informan 1 yaitu :

“Itu fleksible, misalnya nanti ditemukan banyak jentik diluar rumah karena dia ada pot yang ada airnya, nah itu kita edukasi, yang melakukan saya langsung, karena yang melakukan PE saya dan petugas survailancenya”

Kegiatan larvasidasi menggunakan produk Abate. Produk tersebut diberikan secara langsung dan selektif. Hal ini sesuai dengan penuturan dari informan 1 yaitu :

“Kita taburkan Abate gitu... Kalau misalnya ada jentiknya kita langsung suruh nguras dan jika jentik ada di tempat yang sulit terjangkau kita juga bawa Abate jadi sekalian kita taburkan seperti itu”

Abate diberikan kepada lansia yang sudah tidak dapat menguras bak mandi. Hal diatas sesuai dengan penuturan informan 2 yaitu :

“Larvasida diberikan secara selektif, barangkali memang ada lansia yang tidak bisa menguras dan ada bak yang susah untuk dikuras”

Pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD terdapat ketidaksesuaian dengan petunjuk teknis pelaksanaan. Ketidaksesuaian yaitu waktu pelaksanaan kegiatan. Keterlambatan waktu pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD disebabkan oleh keluarga pasien tidak segera melaporkan KDRS ke puskesmas terdekat. Penelitian di Bekasi juga memiliki kendala yang sama terhadap keterlambatan pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD yaitu pada keterlambatan informasi ke puskesmas (Magdalena & Barsasella, 2015). Pada penelitian yang lalu diperlukan adanya sistem pencatatan dan pelaporan secara On Line yang terintegrasi antar Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit dan masyarakat pada umumnya untuk dapat menyediakan data dan informasi yang up to date(Agushybana, 2020). Keterlambatan pelaporan KDRS dan

pelaksanaan PE dapat meningkatkan resiko adanya penularan DBD di wilayah penderita (Najeebullah et al., 2021). Selain itu penderita yang terdiagnosis DF yang tidak dilakukan PE dapat memungkinkan sebagai sumber penularan. Hal ini dikarenakan masa viremia terjadi 1-2 hari sebelum timbul gejala sampai 4-5 hari setelah timbul gejala (WHO, 2012b). Sehingga potensi penderita yang DF masih dapat menularkan virus jika nyamuk menghisap darah di masa viremia tersebut.

Berdasarkan hasil studi dokumen, formulir penyelidikan epidemiologi DBD yang terkumpul di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta hanya terdapat 7 penderita dari total 68 (10,2%) penderita. Formulir tersebut dikumpulkan untuk mengetahui tingkat kejadian penyakit (Insiden Rate) dan kegiatan tindak lanjut. Semakin tinggi kelengkapan laporan maka dapat mengetahui deteksi dini adanya suatu penyakit (Faizah, 2018). Rendahnya pengumpulan formulir tersebut disebabkan oleh sumber daya manusia yang kurang disiplin dan kurangnya evaluasi rutin terhadap pelaksanaan kegiatan penyelidikan epidemiologi DBD (Fauziah & Handayani, 2019). Hal tersebut sejalan dengan penelitian terdahulu bahwa Dinas Kesehatan kota harus melakukan supervisi, evaluasi, pembinaan teknis, fasilitas ke Puskesmas dan pelayanan dasar lainnya. Penelitian lain menunjukkan bahwa bimbingan teknis berpengaruh terhadap pengetahuan, kemampuan, perilaku dan perubahan sikap untuk bekerja (Andriastuti, 2017). Dengan demikian disarankan Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta untuk melakukan evaluasi dan bimbingan teknis terkait pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD. Peralatan yang digunakan pada pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD yaitu senter dan formulir penyelidikan. Untuk Tensimeter dan Thermometer maupun surat tugas tidak dibawa. Karena petugas tidak melakukan pemeriksaan suhu badan melainkan hanya mewawancara saja apakah dua minggu lalu mengalami panas atau tidak. Hal tersebut tidak sejalan dengan petunjuk teknis pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD (Kemenkes RI, 2017b). Apabila sarana yang digunakan oleh petugas kurang lengkap maka dapat mempengaruhi pelaksanaan kegiatan (Irawan & Widodo, 2021).

Penyelidikan faktor resiko yang dilakukan yaitu wawancara riwayat penderita sebelum sakit dan pemeriksaan jentik. Wawancara bertujuan mengetahui ada tidaknya penderita infeksi dengue lain dan pemeriksaan jentik dilakukan pada 20 rumah atau radius 100 meter di sekitar penderita. Sesuai dengan aturan pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD yaitu melakukan wawancara riwayat penderita dan pemeriksaan jentik di tempat penampungan air, baik didalam maupun diluar rumah dengan radius 100 meter (Kemenkes RI, 2017b). Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang lalu tentang pelaksanaan kegiatan penyelidikan epidemiologi yaitu dengan mengunjungi rumah penderita untuk mengetahui riwayat sebelum sakit dan melakukan pencarian penderita lain serta pemeriksaan jentik dengan radius 100 meter (Ibrahim et al., 2015).

Setelah dilakukan kegiatan penyelidikan epidemiologi DBD selanjutnya dihasilkan kesimpulan. Kesimpulan tersebut akan menentukan jenis tindakan penanggulangan fokus yang akan dilakukan. Jenis penanggulangan fokus yang dilaksanakan adalah penyuluhan dan larvasidasi selektif, dan pengabutan/ fogging. Sejalan dengan penelitian sebelumnya menyatakan bahwa kegiatan tindak lanjut yang dilakukan yaitu fogging, abatisasi dan penyuluhan (Raudahutul, 2016).

Penyuluhan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mendorong terjadinya perubahan perilaku salah satunya di masyarakat untuk menjadi tahu, mau dan dapat menanggulangi persoalan yang ditemui (Siti, 2017). Kegiatan penyuluhan dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan penyelidikan epidemiologi DBD. Alasan kegiatan penyuluhan dilakukan bersama dengan kegiatan penyelidikan epidemiologi DBD karena tidak terdapat anggaran untuk melaksanakan kegiatan pengumpulan massa di Puskesmas. Berbeda dengan penelitian di mojosongo yang kegiatan penyuluhan dilakukan setiap bulan, dengan menggunakan metode penyampaian informasi seperti seminar (Faizah, 2018). Kegiatan penyuluhan yang mengumpulkan massa, tentu membutuhkan adanya alokasi waktu dan biaya yang berasal dari APBD untuk menjalankan kegiatan tersebut (Saragih et

al., 2019). Dengan demikian, disarankan untuk pelaksanaan penyuluhan dilakukan secara terpisah dan menganggarkan dana untuk pelaksanaan kegiatan tersebut.

Metode penyampaian penyuluhan yaitu secara langsung dan materi yang disampaikan merupakan 3M (mengubur, menguras dan menutup). Hal tersebut tidak sesuai dengan buku Pedoman Pencegahn dan Pengendalian DBD di Indonesia yaitu dalam pelaksanaan penyuluhan harus terdapat materi situasi DBD diwilayah dan cara pencegahan yang dapat dilaksanakan sesuai dengan kondisi lingkungan (Kemenkes RI, 2017a).

Larvasidasi diberikan secara selektif yaitu pada tempat penampungan air yang sulit di jangkau dan lansia. Berbeda dengan hasil penelitian daerah lain yang menyatakan bahwa kriteria wilayah yang dapat dilakukan abatisasi jika ABJ <95% dan minim ketersediaan air bersih untuk keperluan sehari-hari. Disarankan untuk tetap melakukan pembersihan dan menguras tempat penampungan air serta pemberian abate hanya pada rumah dengan ABJ dibawah < 95% atau minim ketersedian air bersih di daerah tersebut (Faizah, 2018). Perlu adanya keterlibatan bersama masyarakat untuk penaggulangan demam berdarah dengue.

KESIMPULAN

Pelaksanaan penyelidikan epidemiologi di dinas kesehatan kota Yogyakarta perlu peningkatan ketepatan waktu pelaksanaan dan pelaporan yang lebih baik. Pelaksanaan tindaklanjut PE dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan PE. Peningkatan kesadaran petugas terkait pelaporan dapat dilakukan dengan bimbingan teknis agar terjadi koordinasi yang lebih baik. Peningkatan kesadaran masyarakat untuk penaggulangan DBD masih harus ditingkatkan sehingga dapat mencegah terjadinya penularan. Upaya peningkatan kesadaran masyarakat terhadap waspada penularan dengue harus selalu dilakukan

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih disampaikan kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penelitian ini yakni Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta dan Puskesmas yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

REFERENSI

Agushybana, F. (2020). *Sistem Informasi Surveilans Demam Berdarah Dengue (SIS DBD) berbasis Web untuk Perencanaan , Pencegahan dan Pembe ...*

Andriastuti, K. T. P. (2017). Pengaruh Kebijakan Bimbingan Teknis Terhadap Kinerja Legislasi DPRD Kabupaten Bangli. *Administrasi Publik*, July, 1–23.

Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. (2018). Profil Kesehatan Tahun 2018 Kota Yogyakarta (Data Tahun 2017). *Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta*, 72, 10–13.

Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. (2019). *Profil Kesehatan 2019 (Data Tahun 2018)*.

Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. (2020). Profil Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta tahun 2020. In *Profil Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta tahun 2019*.

Direktur Jendral PP dan PL. (2011). *Modul Pengendalian Demam Berdarah Dengue*.

Faizah, A. (2018). Evaluasi Pelaksanaan Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (P2DBD) di Puskesmas Mojosongo Kabupaten Boyolali Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Jurnal)*, 6, 13–25.

Fauziah, T. H., & Handayani, O. W. K. (2019). Program Pengendalian Leptospirosis di Kota Semarang. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 3(4), 612–624.

Ferreira, G. L. C. (2012). Global dengue epidemiology trends. *Revista Do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652012000700003>

Ibrahim, I. A., Habibi, H., & Latifahanun, E. (2015). Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Ketepatan Waktu Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi Demam Berdarah

Dengue (DBD) Tingkat Puskesmas di Kota Makassar Tahun 2015. *Al-Sihah : Public Health Science Journal*, 7(2), 203–214.

Indrayani, Y. A. (2018). Situasi Demam Berdarah Dengue. In *InfoDatin*.

Irawan, A., & Widodo, M. D. (2021). Pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi Kasus Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Kota Pekanbaru Riau. *Gema Kesehatan*, 13, 19–29.

KEMENKES. (2017). Buku Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular dan Keracunan Pangan. *KEMENKES*.

Kemenkes RI. (2017a). Demam Berdarah Dengue Indonesia. *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Demam Berdarah Di Indonesia*, 5(7), 9.

Kemenkes RI. (2017b). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Demam Berdarah Dengue di Indonesia* (Kementerian Kesehatan RI (ed.)). Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan RI.

Kementrian Kesehatan RI. (2020). *Hingga Juli, Kasus DBD di Indonesia Capai 71 Ribu*. Biro Komunikasi Dan Pelayanan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI.

Magdalena, M., & Barsasella, D. (2015). Evaluasi Pencapaian Program Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Bekasi Tahun 2010-2012. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 2(5), 10–26.

Najeebullah, K., Liebig, J., Darbro, J., Jurdak, R., & Paini, D. (2021). Timely surveillance and temporal calibration of disease response against human infectious diseases. *PLOS ONE*, 16(10), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258332>

Notoatmojo, S. (2014). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta.

Raudahul, S. dan J. (2016). Kesiapsiagaan Puskesmas Garuda Kecamatan Marpoyan Damai Pekanbaru Dalam Penanggulangan Demam Berdarah Dengue (DBD). *Al-Tamimi Kesmas*, 5(9), 1689–1699.

Rosyidah, M. and F. R. (2021). *Metode Penelitian*. CV Budi Utama.

Sahrir, N., Ishak, H., & Maidin, A. (2016). Pemetaan Karakteristik Lingkungan Dan Densitas Nyamuk Aedes aegypti Berdasarkan Status Endemisitas DBD Di Kecamatan Kolaka. *JST Kesehatan*, 6(1), 70–75.

Saragih, I. D., Fahlefi, R., Pohan, D. J., & Hartati, S. R. (2019). Analisis Indikator Masukan Program Pemberantasan Demam Berdarah Dengue Di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. *Scientific Periodical Journal of Public Health and Coastal Health*, 1(01). <https://doi.org/10.30829/contagion.v1i01.4821>

Siti, A. (2017). Makna Penyuluhan dan Transformasi Perilaku Manusia. *Jurnal Penyuluhan*, 4(1), 63–67.

WHO. (2012a). Global Strategy For Dengue Prevention And Control 2012-2020. In *WHO*. WHO Press. <https://doi.org/9789241504034>

WHO. (2012b). *Handbook for Clinical Management of Dengue*.