EVALUASI SISTEM SURVEILANS TB DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN BLORA

Artika Fristi Firnawati[1], Riris Andono Ahmad[2], Henny Indriyanti[3]

[1] Health Information Manajemen, Politeknik Indonusa Surakarta, Indonesia
[2] Field Epidemiology and Training Program (FETP), Faculty Medicine, Gadjah Mada University, Indonesia
[3] Health Department of Blora District, Central Java, Indonesia

Background: Tuberculosis is one of health problems in Blora that must be controlled. One of the efforts made by the health authorities is to conduct surveillance of tuberculosis to measure the achievements of the tuberculosis control program. Epidemiological surveillance in order to work well it needs to be evaluated. The purpose of the evaluation of TB surveillance was to identify the weaknesses of TB surveillance system in Blora.
Methods: This descriptive study was conducted on June 2014 by observation and interview used questionnaire and checklist to TB programers and laboratory workers at Public Health Center (PHC).
Results: All (100%) PHC already done the data collection, processing the data by table and graphs 11.54%, made the distribution map 7.69%. Data analysis was done 11.54% PHC. Dissemination of information was done by minlok every month. The accuracy of delivery report of PHC was 46.15%. Only 69.23% PHC whom got feedback from Health Officer.
Conclusion: The weakness of TB surveillance systems in Blora caused of the programmer just do surveillance activity till data collection step. Researcher suggest to WASOR of TB to supervise TB programmers and laboratory workers routinely and intensively, so the quality of surveillance system can be improved.

Keywords: Evaluation, system surveillance, Tuberculosis, Blora

I. PENDAHULUAN

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan global yang utama. Setiap tahun sekitar 9 juta kasus TB baru dan 2 juta diantaranya meninggal. Penyumbang 85% jumlah kasus di dunia ialah Region Asia (55%) dan Afrika (30%). Terdapat 22 negara yang tergolong HBCs (*high-burden countries*) sebagai penyumbang 80% kasus TB di dunia termasuk Indonesia (WHO 2010) dengan prevale tahun 2004 sebesar 110 per 100.000 penduduk (Menteri Kesehatan RI, 2009)nsi TB BTA positif. Jumlah kasus TB dari tahun ke tahun meningkat secara perlahan-lahan dan TB menjadi penyebab kematian ke-8 di dunia terutama di negara-negara dengan pendapatan rendah dan menengah (WHO 2010). Sama halnya dengan kasus TB di Indonesia tahun 2012 (TB BTA positif 202.301 kasus dengan angka insidensi 82,65 per 100.000 penduduk) kasus TB BTA positif mengalami peningkatan 2,28% dari tahun 2011 (TB BTA positif 197.797 kasus dengan prevalensi 281 per 100.000 penduduk) (Kementerian Kesehatan RI, 2013) tetapi menurun kembali (2,96%) pada tahun 2013 (196.310 kasus dengan angka insidensi 79,02 per 100.000 penduduk) (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Angka insidens regional Jawa tahun 2004 sebesar 107 per 100.000 penduduk dengan penyumbang kasus BTA positif tertinggi adalah Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Angka insidens di Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 (104,13 per 100.000 penduduk dengan PR 106,42 per 100.000 penduduk) masih berada di bawah angka survei

prevalensi TB tahun 2004 (107 per 100.000 penduduk) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013) dan beban penyakit akibat TB mengalami kenaikan enam kali lipat pada tahun 2013 (600,62 per 100.000 penduduk).

Salah satu penyumbang angka insidens TB di Provinsi Jawa Tengah yaitu Kabupaten Blora sebesar 55,65 per 100.000 penduduk (Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, 2013), dan pada tahun 2013 insiden TB mengalami penurunan 36,72% dari tahun 2012 (87,94 per 100.000 penduduk) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013). Angka ini menunjukkan bahwa program penanggulangan TB di Kabupaten Blora sudah berjalan. Sedangkan untuk angka mortalitas tahun 2012 (2%) mengalami peningkatan 1,3% dibandingkan tahun 2013 (3,3%) (Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, 2013).

II. DASAR TEORI

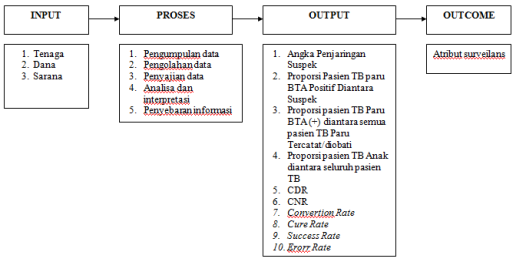
Angka dalam capaian program penanggulangan TB tidak terlepas dari sistem surveillans yang berjalan. Guna pemantauan terhadap hasil capaian program penanggulangan TB diperlukan telaah terhadap laporan, pengamatan langsung dan wawancara dengan petugas P2TB. Dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi diperlukan pula sistem pencatatan dan pelaporan baku yang dilaksanakan dengan baik dan benar (Menteri Kesehatan RI, 2009).

Sistem pencatatan dan pelaporan baku yang dilaksanakan dengan baik dan benar bertujuan untuk mendapatkan data yang siap diolah, dianalisis, diinterpretasikan, disajikan dan disebarluaskan guna dimanfaatkan. Data yang telah terkumpul harus valid (akurat, lengkap dan tepat waktu) sehingga pengolahan dan analisis data dapat dilakukan dengan mudah (Menteri Kesehatan RI, 2009).

Data yang valid dalam sistem surveilans penyakit menular digunakan sebgai tanda peringatan dini terhadap ancaman kesehatan yang akan muncul dan untuk melakukan pemantauan fungsi program pengendalian penyakit (WHO, 2006). Dinas Kesehatan Kabupaten Blora telah melakukan berbagai upaya guna mencegah penyebaran kasus TB dengan penyuluhan dan pemeriksaan kontak. Sedangkan surveilans epidemiologi yang dilakukan belum dapat mendeteksi dini pasien baru TB sehingga pengobatan yang dilakukan terlambat dan pencegahan penyebaran TB terlambat pula. Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengevaluasi sistem surveilans TB di Kabupaten Blora guna mengetahui manfaat sistem surveilans yang berjalan dan perbaikan sistem surveilans itu sendiri.

III. METODE

Evaluasi sistem surveilans TB di Dinas Kesehatan Kabupaten Blora menggunakan rancangan deskriptif dengan subjek evaluasi yaitu sistem surveilans TB di seluruh Puskesmas dan Dinas Kesehatan di wilayah Kabupaten Blora. Responden evaluasi sistem surveilans ini adalah programmer TB puskesmas dan dinas Kesehatan serta kepala seksi P2P di Dinkes Blora. Cara pengumpulan data pada evaluasi sistem surveilans TB ini melalui observasi dan wawancara terhadap responden (data primer) serta data lain yang mendukung (data sekunder) yaitu: data laporan penderita TB dari puskesmas, Dinkes Blora, buku referensi dan internet. Metode analisis yang di gunakan dengan cara evaluasi dari *input,proses, output*, dan *outcome*.



Gambar 1. Evaluasi Sistem Surveilans Program penanggulangan Penyakit Tuberkulosis

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Input

1. Tenaga

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Tenaga P2TB Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Kabupaten Blora Tahun 2013

Pendidikan	Puskesmas	
	N	%
Dokter	26	100
Petugas P2TB	26	100
• SPK	1	3,85
• D III Keperawatan	7	26,92
• D IV Keperawatan	8	30,77
• D IV Kebidanan	1	3,85
• S1 Keperawatan	6	23,08
• Ners	1	3,85
• S2 Non Kesehatan	2	7,69
Tenaga Laboratorium	20	76,92
• SLTA	3	15
• SMAK	1	5
• D I Kesling	1	5
• D III Keperawatan	2	10
• D III Analis Kesehatan	13	65

Ketenagaan yang diperlukan dalam pelaksanaan sistem surveilans di tingkat puskesmas minimal ada 1 tenaga epidemiolog yang terampil (Kementerian Kesehatan RI, 2003a). Ketenagaan P2TB di puskesmas wilayah Kabupaten Blora semuanya telah memiliki tenaga kesehatan yang mendukung walaupun bukan dari epidemiolog. P2TB di puskesmas masih ada yang berpendidikan sederajat SMA (SPK). Sedangkan untuk tenaga laboratorium belum semua puskesmas memiliki tenaga laboratorium (76,92%) dengan latar belakang pendidikan tidak semuanya dari medis (SLTA 15%) (Firnawati, 2014).

Tenaga surveilans yang terampil menunjukkan kualitas pelaksanaan sistem surveilans yang cepat dan tepat. Kualitas tenaga pelaksana sistem surveilans di puskesmas khususnya P2TB mayoritas memiliki tugas rangkap dan masa jabatan ≥ 1 tahun dengan pelatihan DOTS yang yang telah diikuti P2TB sudah lebih dari 5 tahun. Pelaksana surveilans untuk tenaga laboratorium kondisinya berbanding terbalik dengan P2TB, mayoritas tidak memiliki tugas rangkap walupun yang memiliki tugas rangkap tidak lebih dari 2 tugas, masa jabatan ≥ 1 tahun dengan pelatihan DOTS yang ≤ 5 tahun (Firnawati, 2014).

Tabel 2. Distribusi Tenaga P2TB Berdasarkan Tugas Rangkap, Masa Kerja dan Pelatihan DOTS di Kabupaten Blora Tahun 2013

No.	Kualitas Tenaga	P2TB (n=26 orang)		Laboran (n=20 orang)	
		N	%	n	%
1	Tugas Rangkap				
	Ya	26	100	7	35
	• 2	5	19,23	6	30
	• ≥3	21	80,77	1	5
	Tidak	0	0	13	65
2	Masa Jabatan				
	• < 1 Tahun	1	3,85	1	5
	• ≥ 1 Tahun	25	96,15	19	95
3	Pelatihan DOTS				
	Ya	25	96,15	16	85
	• ≤ 5 tahun	7	28	13	65
	• > 5 tahun	18	72	4	20
	Belum	1	3,85	4	20

2. Sarana

Indikator sarana untuk penyelenggara sistem surveilans epidemiologi kesehatan di puskesmas yaitu 1 paket komputer, 1 paket alat komunikasi, 1 paket kepustakaan, 1 paket pedoman pelaksanaan surveilans epidemiologi dan program aplikasi komputer, 1 paket formulir, 1 paket peralatan pelaksanaan surveilans epidemiologi dan 1 roda dua (Kementerian Kesehatan RI, 2003a). Seluruh puskesmas di Kabupaten Blora sudah memiliki komputer tetapi dalam penggunaannya bergantian dengan program yang lain terutama dalam menyelesaikan laporan keuangan. Alat komunikasi yang digunakan merupakan alat komunikasi milik pribadi sedangkan untuk kendaraan roda dua belum semuanya memilki. Sarana lain yang dapat menunjang sistem srveilans adalah ketersediaan pedoman dan formulir pencatatan dan pelaporan

Tabel 3. Ketersediaan Buku Pedoman P2TB, Formulir Pencatatan Pelaporan dan Protap di Laboratorium Puskesmas Wilayah Kerja Kabupaten Blora Tahun 2014

Ketersediaan	Puskesmas (n=26)		DKK (n=1)	
	N	%	N	%
1. Buku Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2008	22	84,62	1	100
2. Formulir TB.01	26	100		
3. Formulir TB.04	20	76,92		
4. Formulir TB.05	24	92,31		
5. Formulir TB.06	24	92,31		
6. Formulir TB.09	13	50		
7. Formulir TB.10	0	0		
8. Formulir TB.03	26	100		
9. Protap Pengambilan dahak SPS	10	50		
10. Protap pembuatan sediaan dahak	10	50		
11. Protap pewarnaan Zeihl Neelsen	13	65		
12. Protap pemeriksaan mikroskopis	9	45		
13. Protap pengolahan limbah	7	35		
14. Formulir TB.07			1	100
15. Formulir TB.08			1	100
16. Formulir TB.11			1	100
17. TB elektronik			1	100

Sumber : Firnawati, 2014

Ketersediaan Buku Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis belum semua puskesmas ada, begitu pula untuk formulir yang lainnya (TB.04, TB.05, TB.06, TB.09, TB.10, TB.03) khususnya kepemilikan formulir TB.09 masih 50%. Kepemilikan formulir ini juga tergantung status puskesmas itu sendiri dan pelaksanaan kegiatan program penangulangan TB yang dilaksanakan di puskesmas tersebut. Sedangkan di DKK ketersediaan buku pedoman dan formulir untuk laporan ke dinas provinsi sudah lengkap. Sarana yang penting adalah tersedianya protap pemeriksaan mikroskopis dan pengolahan limbah dipuskesmas guna menegakkan diagnosis dan pencemaran lingkungan tetapi dalam kenyataannya tidak semua PRM/PPM memilikinya (Firnawati, 2014).

3. Dana

Sumber biaya penyelenggaraan sistem surveilans epidemiologi kesehatan terdiri sumber dana APBN, APBD kabupaten/kota, APBD provinsi, bantuan luar negeri, bantuan nasional dan daerah, dan swadaya masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2003a). Biaya untuk kegiatan surveilans TB di Kabupaten Blora bersumber dari APBD yang diberikan kepada P2TB di puskesmas apabila mereka telah menyerahkan laporan surveilans TB.

4.2. Proses

Kualitas kegiatan sistem surveilans TB di Kabupaten Blora dapat dilihat dari proses pengumpulan data, pengolahan dan penyajian data, penyebarluasan informasi serta monitoring evaluasi.

Tabel 4. Kegiatan Sistem Surveilans di Puskesmas Wilayah Kerja Kabupaten Blora Tahun 2014

No.	Proses	n	%
1	Pengumpulan Data		
	P2TB mendiagnosis kasus TB	26	100
	Kriteria diagnosis mengunakan laboratorium	26	100
	Pemeriksaan mikroskopis pada suspek yang datang ke puskesmas	26	100
	Pemeriksaan dahak sewaktu	26	100
	Pemeriksaan dahak pagi	26	100
	Survei kontak	24	92,31
	Pencatatan suspek di TB. 01	26	100
	Pemberian Obat Satu minggu sekali	25	96,15
	Pengawasan pengobatan menggunakan strategi DOTS	26	100
	PMO keluarga		
	• Keluarga	24	92,31
	• Bidan desa	2	7,69
	Pemeriksaan BTA untuk menyatakan sembuh	22	84,62
2	Pengolahan dan Penyajian Data		
	Pengolahan Data	5	19,23
	Penyajian data		
	• Tabel	3	11,54
	• Grafik	3	11,54
	• Spotmap	2	7,69
	Analisis dan interpretasi	3	11,54
3	Penyebarluasan Informasi	26	100
	Data disebarluaskan ke Lintas Program	26	100
	Waktu penyebarluasan informasi setiap bulan saat mini lokakarya di puskesmas	26	100
	Pengiriman laporan ke DKK tepat waktu	12	46,15
	Menerima umpan balik dari DKK	18	69,23
	Umpan balik dari DKK tepat waktu	9	50

Kegiatan surveilans pada tahap proses yang meliputi pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data dan penyebarluasan informasi belum semua berjalan dengan baik. Kegiatan pengumpulan data di seluruh puskesmas semuanya telah dilakukan dengan baik, yaitu: penentuan suspek oleh bidan desa, dokter dan perawat, kriteria diagnosis TB konfirmasi menggunakan pemeriksaan mikroskopis pada semua suspek dengan pencatatan telah dilakukan pada TB.01, pemberian obat pada pasien dilakukan setiap satu minggu sekali sesuai dengan strategi DOTS, PMO dilakukan oleh keluarga

pasien (92,31%) dan bidan desa (7,69%). Pada kegiatan pengumpulan data belum dilakukan secara maksimal, hal ini digambarkan dengan belum semua puskesmas melakukan survei kontak (7,69) dan pemeriksaan untuk menentukan pasien sembuh (pemeriksaan mikroskopis pada fase pengobatan lanjutan) tidak semua puskesmas melakuannya. Kondisi ini menggambarkan bahwa data yang disajikan oleh puskesmas berdasarkan prosesnya berarti tidak lengkap.

Data yang telah terkumpul pada sistem surveilans tidak semua puskesmas melakukan olah data dan disajikan, hanya 5 puskesmas (19,23%) yang melakukan pengolahan data. Dari 5 puskesmas tersebut 2 puskesmas yang melakukan pengolahan data dengan mengetahui jumlah penderita saja, 3 puskesmas melakukan penyajian tabel dan grafik serta 2 puskmas yang menyajikan data dalam bentuk spotmap. Untuk analisis dan interpreatasi data dilakukan oleh 3 puskemas dengan melihat trend penyakit.

Penyebarluasan informasi dilakukan rutin setiap bulan di puskesmas saat rapat mini lokakarya kepada lintas program tetapi untuk penyebarluasan informasi ke lintas sektor tidak bisa disajikan karena tidak ada bukti. Penyebarluasan informasi ke lintas sektor tergantung dengan kegiatan yang dilakukan lintas sektor. Kegiatan pelaporan ke DKK banyak puskesmas yan tidak tepat waktu, hal ini sama halnya umpan balik dari DKK dan tidak semua puskesmas mendapatkan umpan balik dari DKK.

4.3. Output

Output pada sistem surveilans dapat dilihat pada capaian program yang telah dilaksanakan berdasarkan proses. Kegiatan surveilans merupakan salah satu tujuan dari program penanggulangan TB di Kabupaten Blora yaitu dapat mencatat semua penderita TB di Kabupaten Blora (Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, 2013a).

V. KESIMPULAN

Evaluasi dan implementasi sistem surveilans Tuberkulosis di Kabupaten Blora tahun 2014 dapat disimpulkan Pelaksanaan sistem surveilans penyakit TB di Kabupaten Blora belum berjalan secara maksimal mulai dari pengumpulan data, pengolahan dan penyajian data, analisa dan interpretasi data, penyebarluasan informasi dan pemanfaatan data serta pelaporan dari puskesmas ke DKK belum tepat watu; Kelemahan sistem surveilans penyakit TB di Kabupaten Blora disebabkan oleh sistem pelaporan hanya mengumpulkan TB.03 ke DKK sehingga P2TB masih banyak yang belum sadar betapa pentingnya sistem surveilans bisa berjalan; Penyebab kelemahan pelaksanaan sistem surveilans penyakit TB paru karena kelemahan faktor sumber daya manusia dan manajemen, sehingga komponen sistem surveilans belum berjalan seperti yang diharapkan;

Berdasarkan kesimpulan tersebut maka saran yang tepat untuk menigkatkan system surveilans TB di Kabupaten Blora adalah Supervisi wasor TB dilakukan secara rutin dengan melaksanakan fungsi monitoring dan evaluasi sistem surveilans yang berjalan dengan memberikan bimbingan dan pembinaan kepada P2TB dan tenaga laboratorium serta evaluasi di DKK juga dilakukan secara rutin; P2TB membentuk dan meningkatkan kerjasama lintas sektoral sehingga sistem surveilans dapat berjalan lancar dengan meningkatkan komonikasi; Mendistribusikan tenaga kesehatan di puskesmas dengan tepat supaya tidak terjadi beban kerja yang terlalu tinggi; dan Meningkatkan motivasi bekerja sama antar tenaga kesehatan dipuskesmas dengan mengadakan kegiatan luar ruang misalnya *outbont*.

DAFTAR PUSTAKA

Center for Disease Control and Prevention, 2001. *Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems*, Available at: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/

mmwrhtml/rr5013a1.htm [Accessed December 26, 2014].

Departemen Kesehatan RI, 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis* 2nd ed., Jakarta.

Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, 2013. *Petunjuk Operasional Program Eliminasi Kusta dan Penanggulanga Tuberkulosis*, Blora.

Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Blora Tahun 2013*, Blora.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2013. *Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*, Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

Firnawati, A.F., 2014. *Evaluasi Program Penanggulanggan Tuberkulosis di Kabupaten Blora Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013*, Yogyakarta.

Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Data dan Informasi Tahun 2013 (Profil Kesehatan Indonesia)* B. Hardhana et al., eds.,

Kementerian Kesehatan RI, 2003a. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan*, Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI, 2003b. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu*, Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012*, Jakarta.

Menteri Kesehatan RI, 2009. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/SK/V/2009 Tentang Pedoman Penananggulangan Tuberkulosis*, Jakarta.

Thacker, Stephen B; Birkhead, G.S., 2008. *field epidemiologi* 3rd ed. M. B. Gregg, ed., New York: Oxford University Press.

WHO, 2006. *Communicable Disease Surveillance and Response Systems : Guide to Monitoring and Evaluating*, Geneva: World Health Organization.

WHO, 2010. *The Global Plan To Stop TB 2011-2015*, Geneva: World Health Organization.