

**LAPORAN MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN SISTEM KEWASPADAAN
DINI DAN RESPON (SKDR) DI PROVINSI BALI SAMPAI DENGAN TAHUN 2017**

Oleh :

Cok Istri Sri Dharma Astiti, SKM, M.Kes.

Epidemiolog Kesehatan Madya
Dinas Kesehatan Provindi Bali

DAFTAR ISI

I.	LATAR BELAKANG	1
II.	DESKRIPSI KEGIATAN	
	A. Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon	2
	B. Nilai Ambang Batas Penyakit SKDR	3
	C. Indikator Pelaksanaan SKDR.....	5
	D. Proses Kerja SKDR	5
	E. Jejaring Surveilans.....	7
III.	PERTANYAAN MONITORING DAN EVALUASI	7
IV.	TUJUAN MONITORING DAN EVALUASI	8
V.	LOGICAL FRAMEWORK	10
VI.	RANCANGAN MONITORING DAN EVALUASI.....	12
VII.	MANFAAT PENYELENGGARAAN DAN PENGGUNAAN HASIL MONITORING DAN EVALUASI	13
VIII.	METODE PENGUMPULAN DAN ANALISA DATA.....	14
IX.	TEMPAT DAN TIMELINE	16
X.	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	A. Lokasi Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi	16
	B. Hasil Capaian Indikator SKDR	17
	C. Ketenagaan	23
	D. Pengembangan Kapasitas Petugas	24
	E. Jejaring Surveilans.....	25
	F. Pengumpulan, Pencatatan, Analisa dan Pelaporan.....	29
	G. Umpan Balik	33
	H. Bimbingan Teknis dan Alokasi Biaya	33
XI.	PENUTUP	34

Daftar Pustaka

I LATAR BELAKANG

Pada era globalisasi seperti saat ini, pergerakan dan aktivitas manusia bisa dilakukan dengan mudah dan cepat. Semakin tinggi mobilisasi penduduk dan transportasi perdagangan antar negara, berdampak pada perubahan pola penyakit dan berpotensi menyebarkan penyakit serta menimbulkan wabah atau kejadian luar biasa (KLB) yang berdampak pada risiko kesehatan lokal dan kesehatan global. International Health Regulations (IHR), bertujuan untuk mencegah, melindungi, dan mengendalikan terjadinya penyebaran penyakit secara internasional. Indonesia adalah salah satu negara yang wajib menjalankan dan mematuhi aturan tersebut.

Untuk mendukung hal tersebut Indonesia memperkuat dan meningkatkan kualitas sistem surveilans penyakit dan respon secara komprehensif dan terintegrasi. Pada tahun 2009 telah dikembangkan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon yang merupakan salah satu *warning system* terhadap penyakit menular yang berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB). Provinsi Bali merupakan salah satu provinsi yang telah mulai menerapkannya sejak tahun 2014. Sistem ini untuk menyempurnakan laporan mingguan (W2) yang selama ini telah berjalan. SKDR dirancang untuk memperkuat sistem surveilans dari tingkat pelayanan kesehatan bawah yaitu Puskesmas sebagai gerbang pertama dalam mengontrol dan memantau perkembangan penyakit dalam suatu periode di suatu daerah dengan memunculkan sinyal sebagai tanda peringatan apabila terjadi peningkatan kasus yang melebihi nilai ambang batas yang telah ditetapkan.

Penerapan SKDR berjalan sesuai dengan minggu epidemiologi yang sedang berjalan. Sehingga pada penerapan SKDR tersebut, memiliki beberapa indikator dalam kesuksesan sistem SKDR. Adapun indikator tersebut antara lain tingkat ketepatan puskesmas dalam mengirimkan laporan dalam bentuk short message system (SMS) ke server pusat tiap minggu nya, tingkat kelengkapan laporan tiap minggunya, dan alert yang direspon kurang dari 24 jam (Kemenkes RI, 2012).

Peran petugas kabupaten/kota dalam SKDR ini melakukan verifikasi dari data sms yang masuk dan melakukan umpan balik berdasarkan pemantauan web SKDR. Petugas provinsi bertugas untuk melakukan pemantauan dan memberikan bimbingan teknis secara rutin dan berjenjang. Dari pemantauan yang dilakukan menunjukkan beberapa suspek atau penyakit yang dilaporkan dari puskesmas selama ini nampak tidak rasional, bahkan beberapa KLB yang terjadi tidak dilaporkan dan terdeteksi sebelumnya dalam laporan SKDR. Respon tidak dapat diberikan segera bila ada sinyal (alert) karena umpan balik tidak diterima, pencatatan tidak ada dan analisa data sederhana tidak dilakukan. Gambaran tersebut membutuhkan kegiatan monitoring dan evaluasi pelaksanaan SKDR di Provinsi Bali sampai dengan tahun 2017.

II DESKRIPSI PROGRAM

A. Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR)

Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) merupakan salah satu implementasi dalam penerapan EWARS di Indonesia sebagai Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) yang telah dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan. Awal pengembangan sistem ini dimulai sejak tahun 2009 dan sejak tahun 2016 dikembangkan ke 34 provinsi di Indonesia. Untuk mendukung pelaksanaan SKDR, ada tiga jenis buku pedoman yang sering distilahkan sebagai Trilogi tentang EWARS (*Early Warning Alert and Respon System*) yang terdiri dari tiga buku pedoman : Pedoman Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon, Pedoman Algoritma Diagnosis Penyakit dan Respon serta Format Penyelidikan Epidemiologi dan yang terakhir Panduan Pengguna Piranti Lunak (*Software*) Peringatan Dini Penyakit Menular.

Dari ketiga pedoman tersebut, SKDR bertujuan untuk memberikan peringatan dini dalam bentuk alert terhadap penyakit menular yang berpotensi menimbulkan KLB. Sinyal atau tanda peringatan terjadi bila ada peningkatan kasus yang melebihi nilai ambang batas yang telah ditetapkan. Berdasarkan situasi tersebut semua puskesmas yang melaksanakan, wajib memiliki pedoman tersebut sebagai acuan dalam pelaksanaannya.

B. Nilai Ambang Batas Penyakit SKDR

Berikut adalah nilai ambang batas spesifikasi penyakit-penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB atau Wabah pada sistem SKDR berdasarkan Pedoman SKDR 2012 dapat dilihat sebagai berikut :

No	Penyakit	Nilai Ambang
1.	Diare Akut	Peningkatan Kasus
2.	Malaria Konfirmasi	Peningkatan Kasus
3.	Tersangka Demam Dengue	Peningkatan Kasus
4.	Pneumonia	Peningkatan Kasus
5.	Diare Berdarah ATAU Disentri	Peningkatan Kasus
6.	Tersangka Demam Tifoid	Poisson
7.	Sindrom Jaundis Akut	Poisson
8.	Tersangka Chikungunya	Poisson
9.	Tersangka Flu Burung pada Manusia	1 kasus
10.	Tersangka Campak	1 kasus
11.	Tersangka Difteri	1 kasus
12.	Tersangka Pertussis	1 kasus
13.	AFP (Lumpuh Layu Mendadak)	1 kasus
14.	Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies	1 kasus
15.	Tersangka Antraks	1 kasus
16.	Tersangka Leptospirosis	1 kasus
17.	Tersangka Kolera	1 kasus
18.	Klaster Penyakit yang tidak lazim	3 kasus
19.	Tersangka Meningitis/Ensefalitis	Poisson
20.	Tersangka Tetanus Neonatorum	1 kasus
21.	Tersangka Tetanus	1 kasus
22.	ILI (Influenza Like Illness)	Peningkatan Kasus
23.	Tersangka HFMD	1 kasus

Keterangan :

1. Poisson adalah nilai ambang batas yang mengikuti distribusi diskrit yang mengestimasi probabilitas munculnya suatu keluaran dalam suatu standar unit tertentu sebanyak x kali, dimana rata-rata kemunculan keluaran tersebut per unitnya konstan sebesar λ . Standar unit ini dapat berupa interval waktu (menit, detik, hari, bulan dan lain-lain) atau luas daerah tertentu. Pada nilai ambang ini, angka kemaknaan sinyal kasus mengikuti nilai $p < 0.05$, artinya bila kriteria kasus lebih kecil dari nilai ambang, maka nilai alert akan lebih bermakna.

2. Peningkatan kasus adalah adanya peningkatan jumlah kasus lebih dari 1.5 kali dari periode sebelumnya

C. Indikator Pelaksanaan SKDR

Beberapa indikator pelaksanaan SKDR, untuk tingkat puskesmas, kabupaten/kota dan provinsi :

1. Tingkat Ketepatan

Kualitas ketepatan laporan SKDR bila Puskesmas mengirimkan laporan sms paling lambat setiap hari Rabu, sesuai dengan kalender mingguan epidemiologi. Ketepatan dinilai berdasarkan jumlah puskesmas yang mengirimkan laporan tepat waktu. Target minimal 80%.

2. Tingkat Kelengkapan

Kelengkapan dinilai berdasarkan jumlah puskesmas yang telah mengirimkan laporan setiap minggunya. Target minimal 80%.

3. Alert yang Direspon.

Target minimal 75% jumlah alert yang direpson oleh Dinas Kesehatan Provinsi atau Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Verifikasi dilakukan segera sesuai dengan ketepatan waktu pelaporan.

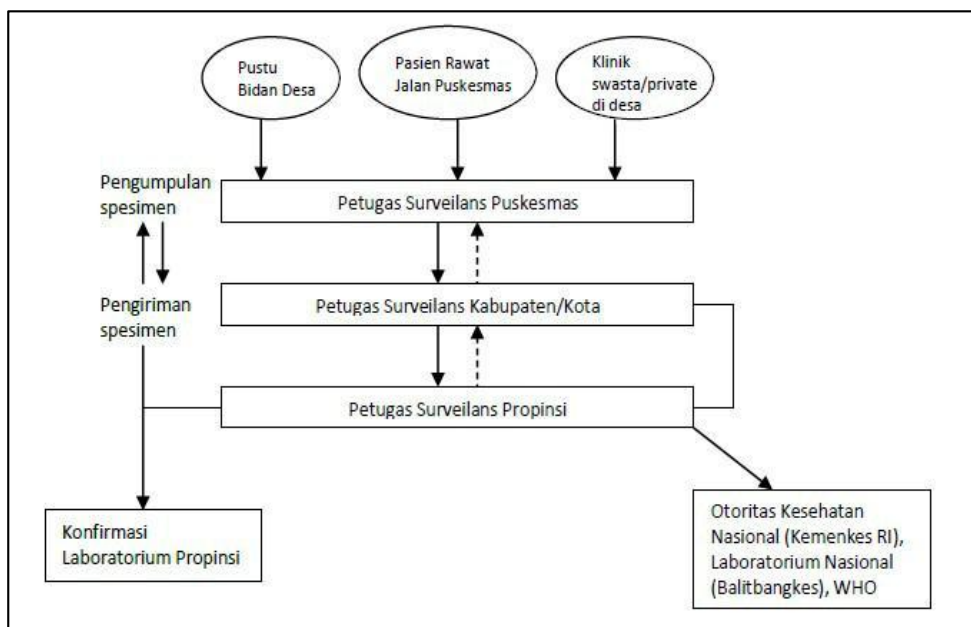
D. Proses Kerja SKDR

Proses kerja SKDR dimulai dari unit pelayanan kesehatan di wilayah puskesmas seperti pustu, bidan desa, mantri, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya akan memberikan pelaporan sesuai format mingguan.

Selanjutnya dilakukan rekapitulasi oleh puskesmas untuk melaporkan ke server nasional berdasarkan format yang telah ada.

Pada tingkat kabupaten/kota akan membuat transkrip dan merekap semua sms yang sudah melaporkan format mingguan dan mengecek semua laporan yang dikirimkan. Petugas surveilans kabupaten/kota akan menghubungi puskesmas/ yang belum lengkap dan tepat laporannya. Apabila ada notifikasi alert penyakit, maka petugas surveilans kabupaten/kota akan memverifikasi data tersebut dan langsung melakukan respon dan kontrol sesuai dengan SOP. Dan apabila ada indikasi KLB, maka petugas surveilans akan mengambil sampel dan dikirim ke laboratorium rujukan sesuai dengan SOP.

Petugas surveilans provinsi memantau dan memonitoring kinerja masing-masing kabupaten/kota dan dapat segera mengambil alih tugasnya terutama untuk memverifikasi alert. Bila terjadi KLB membantu Kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang berlaku. Dan terakhir sebagai upaya feedback pada implementasi sistem surveilans. Gambaran dan skema kerja SKDR seperti dibawah ini :



E. Jejaring Surveilans

Berdasarkan Permenkes Nomor 45 Tahun 2014, dalam rangka penyelenggaraan surveilans kesehatan, dibangun dan dikembangkan koordinasi, jejaring kerja dan kemitraan antar instansi. Jejaring surveilans kesehatan diselenggarakan oleh seluruh unit penyelenggara surveilans kesehatan termasuk pada tingkatan puskesmas.

Jejaring dapat dilakukan didalam unit pelayanan puskesmas (Jejaring Internal) dan antar puskesmas dengan fasilitas kesehatan lainnya seperti rumah sakit dan praktisi swasta (jejaring eksternal). Dalam pelaksanaan surveilans diperlukan kerjasama dan jejaring yang kuat dan berkualitas tinggi dalam melaksanakan kewaspadaan dini terhadap rumor penyakit yang muncul. Berdasarkan hasil penelitian data yang dilaporkan oleh puskesmas hanya berasal dari bidan desa, bidan praktek mandiri dan pustu. Namun untuk rumah bersalin dan klinik swasta hanya mengirimkan laporan jumlah kunjungan baik rawat inap maupun rawat jalan. Sedangkan dari dokter praktik swasta baik yang umum maupun spesialis tidak ada laporan sama sekali (Yatmi et al., 2016).

III PERTANYAAN MONITORING DAN EVALUASI

1. Bagaimana hasil pelaksanaan SDKR dari tiap-tiap kabupaten/kota di Provinsi Bali yang berdasarkan tingkat ketepatan, tingkat kelengkapan dan alert yang direspon?

2. Bagaimana peran petugas surveilans kabupaten/kota di Provinsi Bali dalam menjaga kualitas SKDR, terutama yang berkaitan dengan pencatatan, pemantauan dan umpan balik data ?
3. Bagaimana pelaksanaan SKDR berdasarkan keterlibatan fasilitas kesehatan dalam jejaring puskesmas ?
4. Bagaimana pencatatan data suspek/kasus penyakit potensi KLB pada SKDR di tingkat puskesmas ?
5. Bagaimana analisa data mingguan suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dilaporkan melalui server pada SKDR di tingkat puskesmas ?

IV TUJUAN MONITORING DAN EVALUASI

Kegiatan monitoring dan evaluasi SKDR Tahun 2017 di Provinsi Bali ini bertujuan untuk :

- a. Mendeskripsikan indikator pelaksanaan SKDR di Provinsi Bali Tahun 2017, dimulai dari ketepatan, kelengkapan dan respon terhadap alert yang muncul.
- b. Mengidentifikasi berbagai masalah terkait dengan capaian indikator pelaksanaan SKDR di Provinsi Bali Tahun 2017, dimulai dari ketepatan, kelengkapan dan respon terhadap alert yang muncul.
- c. Mendeskripsikan peran petugas surveilans kabupaten/kota di Provinsi Bali dalam menjaga kualitas SKDR, terutama yang berkaitan dengan pencatatan, pemantauan dan umpan balik data.
- d. Mendeskripsikan pelaksanaan SKDR berdasarkan keterlibatan fasilitas kesehatan dalam jejaring puskesmas.

- e. Mendeskripsikan pencatatan data suspek/kasus penyakit potensi KLB pada SKDR di tingkat puskesmas.
- f. Mendeskripsikan analisa data mingguan suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dilaporkan melalui server pada SKDR di tingkat puskesmas.
- g. Memberikan masukan kepada instansi terkait terutama Dinas Kesehatan Provinsi Bali, Seksi Surveilans dan Imunisasi tentang hasil monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan
- d. Memberikan saran berupa rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan untuk menanggulangi masalah yang ditemukan.

V. Logical Framework

Input	Proses	Output	Outcome	Dampak
<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah tenaga puskesmas yang pernah tersosialisasi tentang SKDR • Jumlah tenaga Pustu/Polindes yang telah tersosialisasi SKDR • Jumlah puskesmas yang mencatat suspek/kasus penyakit potensi KLB . • Jumlah puskesmas yang melaporkan suspek/kasus penyakit potensi KLB ke server nasional dengan sms tepat waktu. • Jumlah puskesmas yang melaporkan suspek/kasus penyakit potensi KLB ke server nasional setiap minggu. • Jumlah kabupaten/ kota yang memantau data yang dikirim hingga dapat segera memverifikasi data • Jumlah puskesmas yang mendapatkan umpan balik 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan sosialisasi ke pelayanan kesehatan yang merupakan jejaring surveilans puskesmas • Melaporkan data suspek/kasus yang berpotensi KLB dari jejaring pelayanan kesehatan diwilayah puskesmas. • Merekapitulasi data suspek/kasus yang berpotensi KLB dari jejaring pelayanan kesehatan diwilayah puskesmas. • Melaporkan data suspek/kasus yang berpotensi KLB di wilayah puskesmas ke server nasional • Memantau data suspek/kasus berpotensi KLB yang dikirim puskesmas ke server nasional 	<ul style="list-style-type: none"> • Semua tenaga yang terlibat dalam SKDR telah mendapatkan pelatihan/ informasi tentang pelaksanaan SKDR • Semua puskesmas dan jejaringnya memiliki pencatatan data suspek/kasus yang berpotensi KLB • Semua puskesmas melaporkan suspek/kasus yang berpotensi KLB rutin setiap minggu • Semua puskesmas melaporkan suspek/kasus yang berpotensi KLB tepat waktu. • Semua kabupaten/kota memantau data yang dikirim puskesmas di wilayah kerjanya. • Semua kabupaten/kota memberikan umpan balik data yang dipantau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatnya pemahaman petugas tentang suspek/kasus penyakit potensi KLB • Meningkatnya validasi data suspek/kasus penyakit potensi KLB • Meningkatnya keterlibatan fasilitas kesehatan lainnya diluar jejaring internal puskesmas dalam SKDR • Meningkatkan alert yang muncul sebelum terjadinya KLB, sehingga segera dapat 	<p>Terwujudnya SKDR sebagai bagian dari upaya pencegahan dini . Yang efektif dan efisien.</p>

<p>hasil pemantauan dari kabupaten/kota</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah puskesmas yang mampu menganalisa data mingguan secara sederhana • Jumlah kabupaten/ kota yang merespon alert • Jumlah puskesmas yang ikut merespon alert • Alokasi biaya yang mendukung kegiatan memperkuat SKDR • Adanya bimbingan teknis rutin dari kabupaten/kota ke puskesmas terkait SKDR • Adanya bimbingan teknis rutin dari provinsi ke kabupaten /kota terkait SKDR • Adanya Buku Pedoman Nasional SKDR (3 jenis) di tingkat puskesmas/ kabupaten/kota • Jejaring surveilans terkait SKDR 	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan umpan balik data suspek/kasus berpotensi KLB yang ke puskesmas • Menganalisa data suspek/ kasus berpotensi KLB secara sederhana di puskesmas. • Melakukan verifikasi data suspek/kasus berpotensi KLB yang ke puskesmas • Melakukan respon alert data suspek/kasus berpotensi KLB • Melakukan koordinasi untuk melaksanakan respon alert suspek/kasus potensi KLB 	<ul style="list-style-type: none"> • Semua puskesmas menerima umpan balik data setiap minggu • Semua puskesmas melakukan analisa data sederhana setiap minggu • Semua kabupaten/kota segera memberikan respon alert yang muncul. • Semua kabupaten/kota melakukan bimbingan teknis terkait SKDR • Provinsi melakukan bimbingan teknis terkait SKDR. • Semua puskesmas ikut merespon alert yang muncul bersama kabupaten/kota 		
--	--	--	--	--

VI. Rancangan Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi SKDR di Provinsi Bali sampai dengan Tahun 2017 mempergunakan Rancangan Monitoring dan Evaluasi Audit yaitu : membandingkan capaian program dengan yang standar yang ada. Rancangan juga dikombinasikan dengan melakukan deskriptif terhadap hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan.

Untuk kegiatan monitoring dan evaluasi SKDR sampai dengan Tahun 2017, ditetapkan beberapa standar terkait :

- a. Ketepatan pelaporan SKDR yang dikirim setiap minggu oleh puskesmas ke server nasional minimal 80% di setiap kabupaten/kota.
- b. Puskesmas yang melaporkan SKDR setiap minggu minimal 80% setiap minggu di setiap kabupaten/kota
- c. Setiap kabupaten/kota merespon minimal 75% dari alert yang muncul setiap minggu dari pemantauan SKDR.
- d. Setiap kabupaten/kota melakukan pemantauan rutin SKDR setiap minggu dengan melakukan verifikasi data.
- e. Setiap kabupaten/kota memberikan umpan balik data suspek/kasus yang berpotensi KLB dan dilaporkan dalam SKDR setiap minggu ke puskesmas.
- f. Setiap puskesmas ikut terlibat dalam merespon bila ada alert yang muncul setiap minggu bersama dengan petugas kabupaten/kota.
- g. Setiap fasilitas kesehatan yang ada di wilayah puskesmas terlibat dan ikut melaporkan suspek/kasus penyakit potensi KLB setiap minggu sesuai dengan konsep Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) puskesmas.

- h. Setiap puskesmas melakukan pencatatan setiap faskes yang melaporkan data suspek/kasus penyakit potensi KLB setiap minggu.
- i. Setiap puskesmas memiliki pencatatan data suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dikirim setiap minggu ke server nasional.
- j. Setiap puskesmas melakukan analisa data mingguan terhadap suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dilaporkan ke server nasional.
- k. Setiap puskesmas dapat melakukan pemantauan bila terjadi peningkatan suspek/kasus yang berpotensi KLB dan melaporkan segera ke kabupaten/kota.
- l. Setiap puskesmas mempunyai tenaga terlatih tentang pelaksanaan SKDR .tingkat puskesmas.
- m. Setiap kabupaten/kota dan provinsi mempunyai tenaga terlatih tentang pelaksanaan SKDR tingkat kabupaten/kota.
- n. Setiap kabupaten/kota dan provinsi melakukan bimbingan teknis rutin ke puskesmas tentang SKDR minimal 2 kali dalam setahun.
- o. Adanya alokasi dana khusus di tingkat puskesmas/kabupaten/kota/ provinsi untuk mendukung peningkatan kualitas SKDR.

VII. Manfaat Penyelenggaraan dan Penggunaan Hasil Monev

Hasil monitoring diharapkan dapat dimanfaatkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bali, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Bali dan Fasyankes terkait. Manfaat dan penggunaan hasil monitoring ini :

- a. Dapat mengidentifikasi berbagai masalah terkait pelaksanaan SKDR untuk tingkat puskesmas se-Provinsi Bali.

- b. Dapat mengidentifikasi berbagai masalah terkait pelaksanaan SKDR untuk tingkat kabupaten/kota se-Provinsi Bali,
- c. Dapat memberikan beberapa alternatif pemecahan masalah sebagai rencana tindak lanjut yang mungkin dapat dilaksanakan untuk menanggulangi masalah yang ada

VIII. Metode pengumpulan dan analisis data

Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara pengumpulan data sekunder dan data primer dengan mengembangkan kuesioner. Data sekunder yang dikumpulkan berasal dari data web SKDR yang dapat diakses oleh Pemegang Program Surveilans Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Data sekunder lainnya berupa data dasar lainnya yang ada dalam profil Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Bali berupa :

- a. Data ketepatan waktu pengiriman laporan SKDR yang dikirim dari masing-masing puskesmas se-Bali setiap minggu selama tahun 2017,
- b. Data kelengkapan pengirim laporan SKDR dengan SMS oleh puskesmas yang berada pada masing-masing wilayah kabupaten/kota se-Provinsi Bali setiap minggu selama tahun 2018.
- c. Data alert suspek/kasus penyakit yang potensi KLB per puskesmas disetiap kabupaten/kota yang muncul setiap minggu selama tahun 2017.
- d. Data respon yang diberikan oleh kabupaten/kota terhadap alert suspek/kasus penyakit yang potensi KLB per puskesmas disetiap kabupaten/kota setiap minggu selama tahun 2017.

- e. Data ketenagaan yang telah mendapatkan sosialisasi terkait SKDR, berupa pelatihan, workshop, pertemuan atau *on the job training*.
- f. Alokasi dana atau anggaran untuk mendukung pelaksanaan kegiatan SKDR di tingkat puskesmas, tingkat kabu[patenProvinsi Bali.
- e. Data jumlah dan nama fasilitas kesehatan yang ada dimasing-masing puskesmas.

Data primer yang dikumpulkan dengan observasi dan wawancara menggunakan kuesioner terhadap tenaga surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Bali. Pengumpulan data primer juga dilakukan terhadap minimal 2 puskesmas dimasing-masing kabupaten/kota. Data primer yang dikumpulkan berupa :

- a. Data suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dilaporkan oleh fasilitas kesehatan lainnya dalam jejaring surveilan puskesmas setiap minggu selama tahun 2018.
- b. Data suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dilaporkan oleh puskesmas setiap minggu selama tahun 2018.
- c. Hasil analisa data sederhana suspek/kasus penyakit potensi KLB per desa yang dilaporkan oleh puskesmas setiap minggu selama tahun 2018.
- d. Observasi dan review terhadap pencatatan suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dilaporkan oleh fasilitas kesehatan lainnya
- e. Observasi dan review terhadap pencatatan suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dilaporkan oleh puskesmas.
- f. Observasi dan kajian terhadap register rawat jalan di puskesmas dan fasilitas kesehatan jejaring surveilans puskesmas.

IX. Tempat dan Timeline

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi kegiatan SKDR di Provinsi Bali

Tahun 2018. Tempat dan jadwal kegiatan monitoring sebagai berikut :

No.	Jenis Kegiatan	Tempat	Waktu
1.	Kesepakatan untuk melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan SKDR di Provinsi Bali Tahun 2018	Dikes Provinsi Bali	4 Juli 2017
2.	Pengumpulan data sekunder	Dikes Provinsi Bali dan Dinas Kesehatan kabupaten/kota se-Bali	16 s/d 28 Juli 2017
3.	Pengumpulan data primer tahap – I (triwulan III Tahun 2017)	Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan puskesmas	4 s/d 26 Agustus 2017
4.	Pengumpulan data primer tahap - II (triwulan IV Tahun 2017)	Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan puskesmas	5 s/d 24 November 2017
5.	Melengkapi data sekunder yang dibutuhkan	Dikes Provinsi Bali	10 s/d 20 Desember 2017
7.	Pembahasan dan analisa data	Dikes Provinsi Bali	21 Desember s/d 8 Januari 2017
8.	Penyampaian hasil monitoring evaluasi dan saran tindak lanjut	Dikes Provinsi Bali	6 Pebruari 2017

X. Hasil dan Pembahasan

A. Lokasi Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilakukan disemua Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se-Bali, dan beberapa puskesmas yang dikunjungi untuk kegiatan monev selama 2 putaran. Semua puskesmas dimasing-masing kabupaten/kota yang menjadi lokasi melakukan monitoring dan evaluasi sudah diatas 20%. Hal ini sudah dapat menggambarkan pelaksanaan SKDR dimasing-masing kabupaten/kota

se-Bali. Proporsi lokasi pengumpulan data per kabupaten/kota, seperti Tabel-1 dibawah ini.

Tabel 1
Proporsi Lokasi Kegiatan Monitoring dan Evaluasi SKDR
di Provinsi Bali Tahun 2017

Kabupaten/ Kota	Jumlah Puskesmas	Jumlah Puskesmas Monev	%
Buleleng	20	4	20
Jembrana	10	2	20
Tabanan	20	4	20
Badung	13	3	23
Denpasar	11	3	27
Gianyar	13	3	23
Klungkung	9	2	22
Bangli	12	3	25
Total	120	24	20

B. Hasil Capaian Indikator SKDR

Pada Grafik 1, menunjukkan bahwa tingkat ketepatan, tingkat kelengkapan dan alert yang direspon tingkat Provinsi Bali pada tahun 2017 telah mencapai untuk tingkat kelengkapan sebesar 96.94%. Bila dirinci per kabupaten/kota Se-Bali, indikator kelengkapan dibawah 95% dicapai oleh Kabupaten Klungkung sebesar 90,60% dan Kabupaten Gianyar 93,64%.

Hasil wawancara dan observasi ke Kabupaten Klungkung, menunjukkan masih belum optimalnya kelengkapan ini hal ini disebabkan karena terkendala masalah sinyal, yaitu Puskesmas Nusa Penida I, Nusa Penida III di wilayah Pulau Nusa Penida. Demikian juga dengan Puskesmas Nusa Penida II, yang berada di wilayah Pulau Nusa Lembongan. Disamping itu, Kabupaten Klungkung hanya memiliki 9 puskesmas, bila h kapan any 1 puskesmas yang tidak mengirim laporan

SKDR melalui sms, maka capaian kelengkapan laporan hanya mencapai 88,9%. Sedangkan untuk Kabupaten Gianyar, pencapaiannya belum mencapai 95%, disebabkan karena ada 3 puskesmas yang sering bermasalah dengan sinyal saat pengiriman sms (Puskesmas Tegallalang I, Tegallalang II dan Payangan).

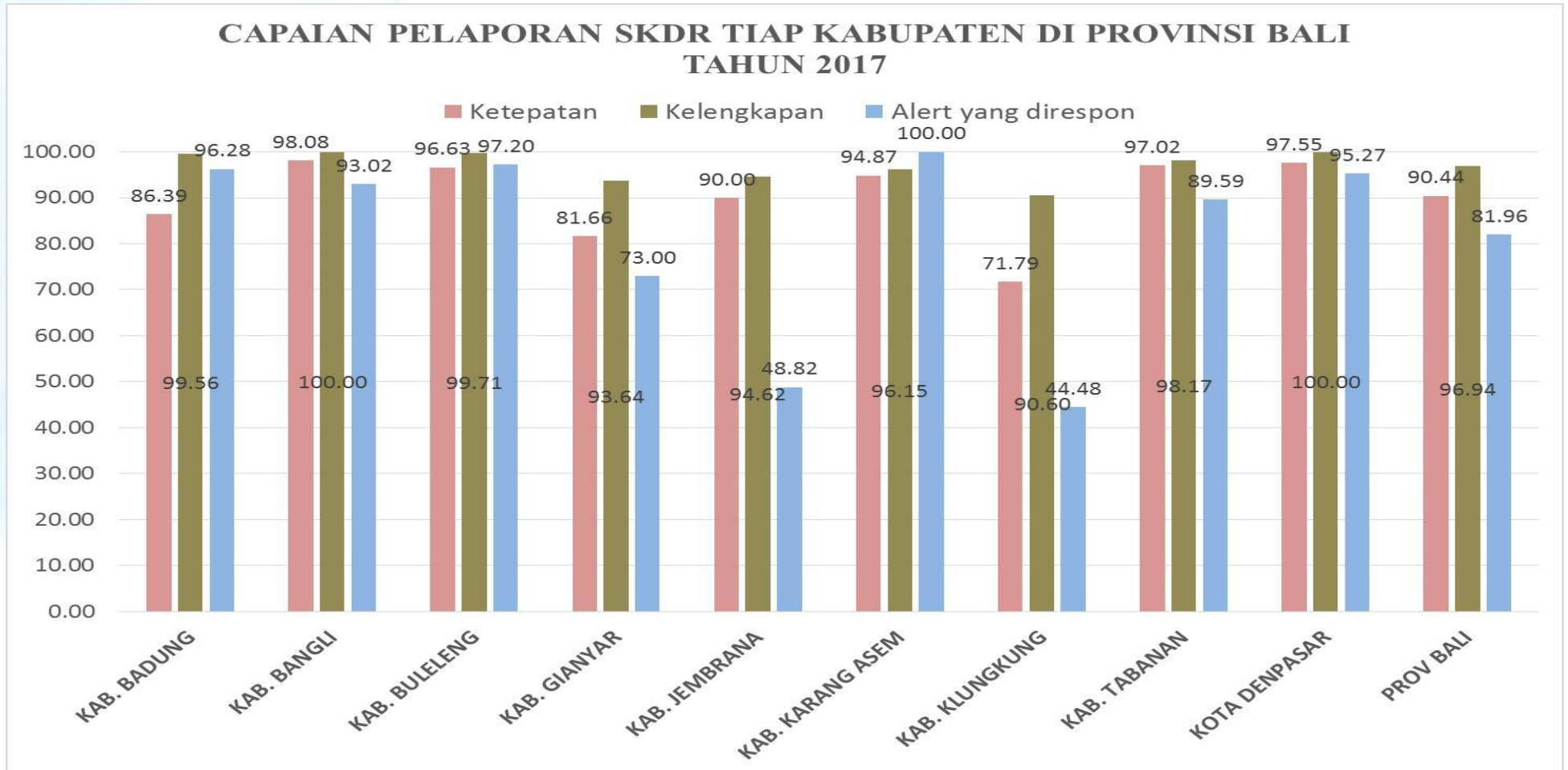
Kota Denpasar dan Kabupaten Bangli, merupakan kabupaten yang mencapai kelengkapan laporan 100% selama tahun 2017. Hal ini menunjukkan bahwa pengiriman laporan dapat mencapai 100%, dengan pemantauan yang ketat di masing-masing kabupaten/kota. Seperti Kabupaten Bangli, ada 6 puskesmas dari 13 puskesmas berada di wilayah Kintamani yang berbukit dan geografi sulit. Untuk capaian kelengkapan laporan mingguan dapat mencapai 100% maka peran dari petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota amat penting.

Ketepatan waktu pengiriman laporan mingguan untuk Provinsi Bali Tahun 2017, telah mencapai 90.44%. Rincian untuk kabupaten/kota yang mengirim tepat waktu menunjukkan 4 kabupaten/kota mengirim tepat waktu masih $\leq 90\%$, dari yang paling rendah berturut-turut : Kabupaten Klungkung (71,79%), Kabupaten Gianyar (81,66%), Kabupaten Badung (86,39) dan Kabupaten Jembrana (90,00%). Tidak tepat waktu ini sangat dipengaruhi oleh sinyal dan monitoring dari petugas surveilans per kabupaten masing-masing. Tidak ada kabupaten/kota yang dapat mengirimkan laporan mingguan SKDR 100% tepat waktu. Bila dibandingkan dengan kelengkapan laporan mingguan SKDR, ketepatan waktu pengiriman capaiannya lebih rendah lagi.

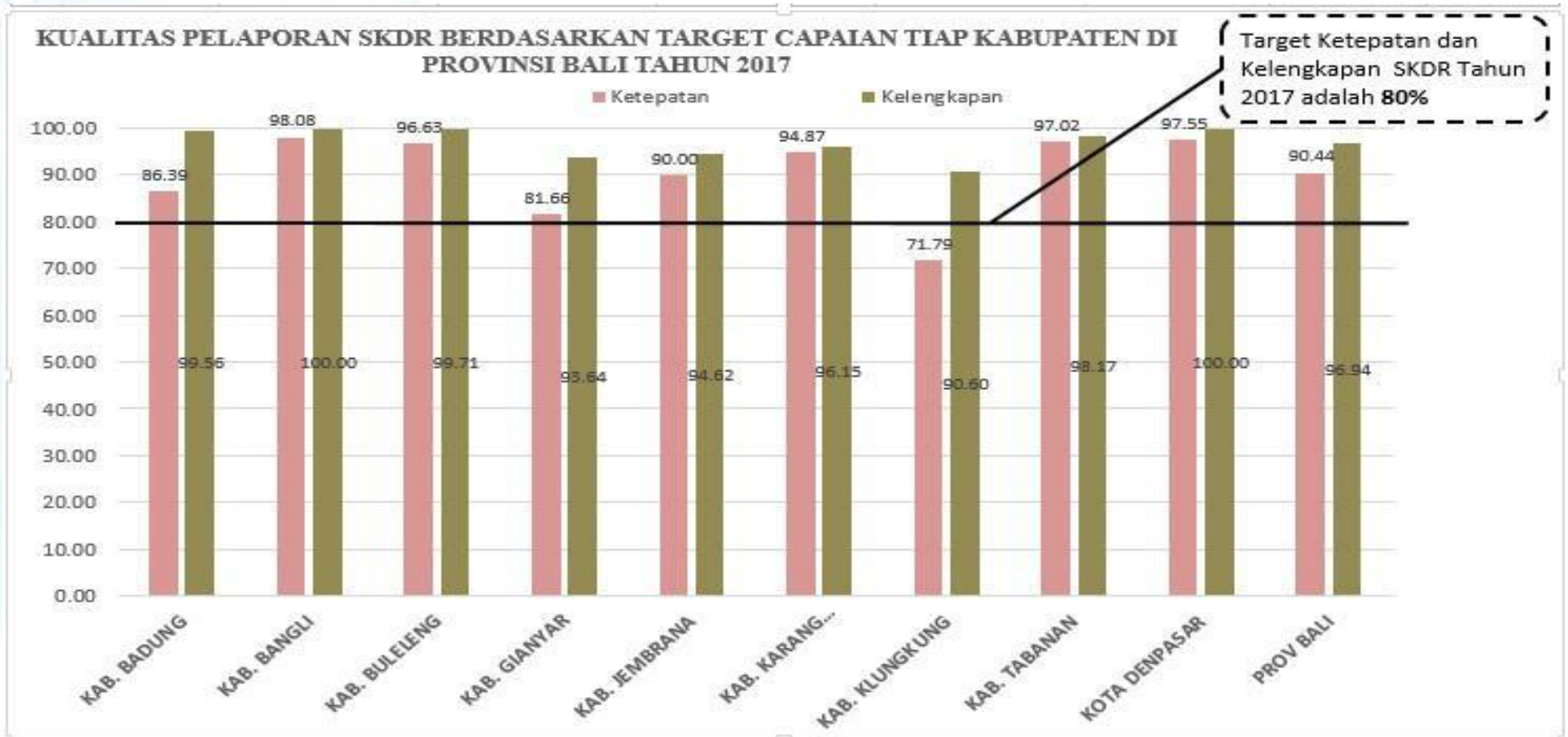
Capaian indikator lainnya adalah alert yang muncul dan direspon oleh kabupaten/kota menunjukkan capaian untuk tingkat Provinsi Bali Tahun 2017 sebesar 81.96%. Capaian untuk kabupaten/kota menunjukkan terdapat 4 kabupaten yang respon terhadap alert yang muncul masih $\leq 90\%$, masing-masing dari urutan terendah Kabupaten Klungklung (44,48%), Kabupaten Jembrana (48,82%), Kabupaten Gianyar (73,00%) dan Kabupaten Tabanan (89,59%). Rendahnya respon terhadap alert, penyebabnya utamanya adalah komitmen dari petugas surveilans kabupaten untuk melakukan respon. Respon yang rendah tentu akan berpengaruh terhadap peningkatan KLB yang tidak diketahui dan KLB yang terjadi tidak tertangani dengan baik. Hanya ada satu yang mencapai 100% dalam memberikan respon terhadap KLB (Kabupaten Bangli).

Kelemahan indikator SKDR sebagai sistem kewaspadaan dini tingkat puskesmas, bila yang dipantau hanya indikator output seperti kelengkapan, ketepatan dan alert yang direspon, akan muncul keberhasilan pencapaian indikator, tanpa disertai dengan realibilitas dan, validitas data yang dilaporkan. Kelemahan lainnya, keberhasilan capaian indikator tersebut terutama respon yang diberikan terhadap alert yang muncul sangat tergantung pada petugas surveilans kabupaten/kota. Kelengkapan dan ketepatan waktu pengiriman juga tergantung pada peran dan komitemn dari kabupaten/kota, walaupun ada juga peran sinyal untuk mengirim laporan , walaupun hal itu sangat kecil. Gambaran Capaian Indikator SKDR di Provinsi Bali Tahun 2017, seperti Grafik-1, Grafik-2 dan Grafik-3 dibawah ini.

Grafik -1



Grafik-2



Grafik-3



C. Ketenagaan

Petugas surveilans provinsi atau dikenal dengan istilah SO (Surveillance Officer) di Provinsi Bali, satu orang dengan latar belakang pendidikan Pasca Sarjana (jurusan epidemiolog), jenis kelamin laki-laki. Lamanya bekerja lebih dari 2 tahun di Seksi Surveilans dan Imunisasi.

Petugas surveilans Kabupaten/Kota atau dikenal dengan istilah DSO (District Surveillance Officer) satu orang di masing-masing kabupaten/kota dengan rincian seperti Tabel-2 dibawah ini.

Tabel 2
Karasteristik Petugas Surveilans Kabupaten/Kota se-Bali
Tahun 2017

Karakteristik	Frekuensi	%
Tingkat Pendidikan		
Perguruan Tinggi Kesehatan (Diploma I-III)	1	11,1
Perguruan Tinggi (S1) Non-Kesehatan	1	11,1
Perguruan Tinggi (S1) Kesehatan	4	44,5
Perguruan Tinggi (S2) Kesehatan	3	33,3
Lama Bertugas		
Lebih dari 2 tahun	9	100,0%
Kurang dari 2 tahun	0	0,0%

Karasteristik petugas surveilans di kabupaten/kota menunjukkan 77,8% dengan latar belakang pendidikan terakhir sarjana kesehatan dan semuanya telah bekerja lebih dari 2 tahun.

Karasteristik petugas surveilans puskesmas yang dimonitoring dan evaluasi dari 24 puskesmas menunjukkan sebagian besar dengan latar belakang pendidikan terakhir adalah perguruan tinggi (Diploma I-III) sebanyak 83,4%. Pendidikan DI-III dibidang kesehatan seperti perawat, bidan atau tenaga kesehatan lingkungan. Berdasarkan lamanya berkerja lebih dari 2 tahun 91,7%. Secara rinci seperti Tabel-3 dibawah ini.

Tabel - 3
 Karakteristik Petugas Surveilans Puskesmas
 Di Provinsi Bali Tahun 2017

Karakteristik	Frekuensi	%
Tingkat Pendidikan		
Perguruan Tinggi (Diploma I-III)	20	83,4
Perguruan Tinggi (S1) Kesehatan	2	8,3
SMA/SPK	2	8,3
Lama Bertugas		
Lebih dari 2 tahun	22	91,7
Kurang dari 2 tahun	2	8,3

Ada beberapa asumsi terkait tingkat pendidikan dan lama bekerja, dimana tingkat pendidikan berlatar belakang kesehatan akan membantu lebih mudah memahami masalah dan perkembangan termasuk pencatatan dan pelaporan. Penelitian di Kabupaten Trenggalek, menunjukkan tidak ada perbedaan kinerja dan pemahaman antara petugas tentang SKDR antara yang sudah lama bertugas ≥ 2 tahun dibandingkan dengan yang masih baru bertugas < 2 tahun (Angraeni, 2017).

D. Pengembangan Kapasitas Petugas

Pengembangan kapasitas yang dimaksud adalah pelatihan yang pernah diikuti, frekwensi pelatihan, pertemuan yang diikuti sebelumnya dan frekwensi pertemuan yang dikuti. Semua kegiatan pelatihan atau pertemuan tersebut juga membahas tentang SKDR atau laporan mingguan. Hal ini menjadi amat penting mengingat tindak lanjut yang diberikan berhubungan dengan pengetahuan yang mereka miliki. Pengetahuan tersebut akan juga berdampak pada pemberian informasi

yang pernah diberikan sebelumnya. Dari hasil wawancara menunjukkan bahwa hanya 41,7% yang pernah mengikuti pelatihan dan 58,3% pernah mengikuti pertemuan terkait SKDR. Pelatihan SKDR yang pernah diikuti pada tahun 2014, yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bali. Selanjutnya tidak pernah ada lagi pelatihan yang sejenis. Untuk pertemuan, telah dilakukan beberapa pertemuan yang juga membahas tentang SKDR. Pertemuan sampai dengan tahun 2017, dilakukan oleh Dinas kesehatan Kabupaten/Kota. Kabupaten/Kota yang rajin melakukan pertemuan surveilans adalah Kabupaten Badung, Denpasar dan Tabanan. Dari gambaran diatas, sejak tahun 2015 sampai dengan 2017, tidak ada pertemuan yang khusus membahas SKDR, tetapi merupakan pertemuan rutin bagi petugas surveilans. Secara rinci seperti Tabel-4 dibawah ini.

Tabel - 4
 Karakteristik Petugas Surveilans Puskesmas
 Di Provinsi Bali Tahun 2017

Variabel	Frekuensi	%
Pelatihan SKDR		
Mengikuti Pelatihan	10	41,7
Tidak	14	58,3
Keikutsertaan Pelatihan		
Sekali	10	100
Dua Kali	0	27,5
Riwayat Pertemuan		
Pertemuan SKDR	14	58,3
Tidak	10	41,7
Keikutsertaan Pertemuan		
Sekali	12	85,7
Dua Kali	2	14,3

Diharapkan dengan mendapatkan pelatihan yang disertai dengan pertemuan rutin, maka berbagai masalah dapat teridentifikasi dalam

pelaksanaan SKDR. Asumsi ini sesuai hasil penelitian hubungan antara pelatihan petugas kesehatan terhadap kinerja petugas, dimana ada perbedaan yang bermakna antara pelatihan petugas dengan kinerja (Shaluhayah, et al. 2012). Hasil penelitian lain menunjukkan pertemuan rutin terkait SKDR mendorong kinerja petugas dalam pencapaian indikator (Angraeni, 2017).

E. Jejaring Surveilans

Jejaring internal yang juga diasumsikan mempengaruhi pelaksanaan SKDR, adalah keterlibatan fasilitas kesehatan lainnya yang ada dalam wilayah kerja puskesmas. Semakin banyak yang terlibat, diharapkan akan ditemukan dan dilaporkan lebih banyak suspek/penyakit potensi KLB, dan semakin dapat mewakili situasi yang sebenarnya ada di wilayah puskesmas. Fasilitas kesehatan yang masuk dalam jejaring surveilans, dapat dari internal puskesmas (dibawah puskesmas) dan eksternal puskesmas.

Peran jejaring surveilans dalam SKDR, diasumsikan juga dipengaruhi oleh media komunikasi untuk koordinasi antar fasilitas pelayanan kesehatan. Media komunikasi yang dipakai dapat berupa media elektronik atau dalam bentuk surat atau laporan rutin (*paper base*). Adanya pertemuan rutin antar fasilitas kesehatan dalam jejaring surveilans untuk mendorong pelaksanaan berjalan optimal. Hal tersebut juga diasumsikan akan mempengaruhi pelaksanaan SKDR.

Hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan tentang pelaksanaan SKDR yang dikaitkan dengan jejaring internal, jejaring eksternal, media

komunikasi dan pertemuan rutin dapat digambarkan seperti Tabel-5 dibawah ini :

Tabel - 5
Jejaring Surveilans Puskesmas Untuk Memantau Suspek/Kasus Penyakit Potensi KLB, Di Provinsi Bali Tahun 2017

Jejaring Surveilans	Frekwensi	%
Keterlibatan Jejaring Internal		
Poli puskesmas	24	100%
Puskesmas Pembantu	24	100%
Polindes	12	50%
Bidan Desa	3	12,5%
Keterlibatan Jejaring Eksternal		
Bidan Praktek Mandiri	3	12,5%
Dokter Praktek Swasta	3	12,5%
Klinik	1	4,2%
Rumah Sakit	2	8.4%
Media Komunikasi		
Melalui WA group	16	66,7%
Melalui SMS	6	25,0%
Surat	0	0%
Media lainnya	2	8,4%
Pertemuan Koordinasi Rutin		
Ada, 1 kali/tahun	2	8,4%
Ada, > 1 kali setahun	0	0%

Dari Tabel 5 diatas menunjukkan semua puskesmas yang dievaluasi telah melibatkan jejaring dengan poli yang ada di puskesmas induk dan puskesmas pembantu. Masih rendah yang melibatkan pos kesehatan yang ada termasuk dengan bidan desa, dengan pertimbangan pos tersebut lebih banyak melakukan pelayanan untuk ibu hamil yang bila ada keluhan mengalami penyakit menular dirujuk ke poli puskesmas induk. Keterlibatan fasilitas kesehatan dalam jejaring internal puskesmas seharusnya bukanlah hal yang sulit, yang perlu adanya komitmen bersama, hal ini karena dalam jejaring internal puskesmas dipimpin oleh

Kepala Puskesmas. Wawancara lebih lanjut terhadap jejaring internal di tingkat poli puskesmas ternyata belum semua dokter dan perawat poli memiliki pemahaman tentang definisi suspek/kasus penyakit potensi KLB. Pertemuan koordinasi untuk mendukung penyampaian informasi tentang pemantauan suspek/kasus penyakit potensi KLB kepada tenaga di poli puskesmas dan pustu tidak dilakukan. Hasil observasi dan wawancara terhadap jejaring internal, menunjukkan belum ada koordinasi yang optimal antara petugas surveilans yang mengambil data untuk dilaporkan dengan petugas poli yang mendiagnosa. Hal ini menimbulkan banyak suspek/kasus penyakit potensi KLB yang tidak dilaporkan.

Media komunikasi dalam jejaring internal merupakan hal yang penting. Hasil observasi dan wawancara tentang media komunikasi yang dipakai dalam jejaring surveilans sebagian besar mempergunakan WhatsApp (WA) dan hanya sebagian kecil mempergunakan media konvensional seperti menitip pesan lewat teman, atau datang sendiri bila perlu. Penggunaan media tepat, tetapi bentuk foto dan tulis tangan, sehingga perlu dilakukan konfirmasi ulang. Komunikasi menjadi kurang efektif. Semua petugas tidak memahami sebaiknya informasi dikirim dalam bentuk dokumen.

Pertemuan koordinasi yang dilakukan secara rutin diharapkan dapat menjadi media komunikasi sekaligus evaluasi untuk indentifikasi masalah dan penyusunan rencana tindak lanjut. Hasil wawancara dan observasi sebagian besar hal ini tidak dilakukan, termasuk pertemuan untuk fasilitas kesehatan yang masuk dalam jejaring internal. Sedangkan kegiatan pertemuan koordinasi untuk fasilitas kesehatan dalam jejaring

eksternal sulit dilakukan karena kesibukan para praktisi swasta yang ada. Dalam pertemuan koordinasi, untuk jejaring internal dapat dilakukan bersamaan dengan rapat rutin puskesmas, atau rapat lintas program terkait dengan menambahkan pembahasan tentang SKDR. Selanjutnya untuk koordinasi dengan fasilitas kesehatan dalam jejaring eksternal dapat memanfaatkan cara lain dalam melakukan evaluasi, seperti surat penghargaan atas partisipasinya.

Menurut penelitian dari Schwind et al. (2014) menjelaskan bahwa pada 5 negara yaitu Bangladesh, Bolivia, Cameroon, Tanzania, dan Uganda sudah terdapat sistem surveilans berbasis digital yang sudah terintegrasi dengan media lokal setempat seperti televisi, koran dan web-based. Sejalan dengan itu Indonesia dengan SKDR yang ada saat ini sudah merupakan hal yang positif walaupun tetap memerlukan pengembangan dan penyempurnaan kearah yang lebih baik.

F. Pengumpulan, Pencatatan, Analisa dan Pelaporan

Pelaporan mingguan (W2) bila memiliki data yang valid, reliabel dan tepat waktu akan dapat memberikan sinyal akan terjadinya KLB. Untuk itu proses sebelum sinyal (alert) muncul sangat mempengaruhinya. Kegiatannya dimulai dari pengumpulan data, melakukan pencatatan, menganalisa data sederhana dan melaporkan ke server nasional dengan sms.

Pada saat pengumpulan data yang dilakukan oleh petugas surveilans puskesmas, sangat tergantung pada jejaring surveilans (internal dan eksternal). Semakin kuat dan optimal jejaring yang ada

dimasing-masing puskesmas, maka proses pengumpulan data akan semakin baik dan data yang terkumpul semakin valid dan reliabel.

Hasil observasi dan wawancara terhadap petugas surveilans puskesmas yang menjadi sasaran monitoring dan evaluasi menunjukkan proses pengumpulan data dimulai dari melakukan rekapitulasi dari register rawat jalan yang ada di puskesmas induk. Pengumpulan data yang berasal dari puskesmas pembantu mempergunakan media komunikasi yang telah disepakati. Pelaporan dilakukan setiap hari Senin sebelum dilakukan rekapitulasi. Pelaporan dalam bentuk data rekapitulasi (data aggregate) yang direkapitulasi dari Register Rawat Jalan Pustu. Pengumpulan data mengalami hambatan dan menjadi *under reporting* karena catatan dari Register Rawat Jalan terutama di Puskesmas Induk, karena mempergunakan kode ICD10 yang tidak sesuai dengan kriteria definisi suspek/kasus penyakit potensi KLB dalam SKDR. Sedangkan hambatan lainnya di Pustu terutama adalah definisi suspek/kasus penyakit potensi KLB yang dipantau SKDR. Gambaran kepemilikan definisi kasus yang merupakan SOP dalam menegakkan diagnosis untuk pengisian SKDR serta keseragamannya seperti Tabel 6, dibawah ini.

Tabel - 6
Kepemilikan dan Penggunaan Definisi Suspek/Kasus Penyakit Potensi KLB Untuk SKDR, Di Provinsi Bali Tahun 2017

Variabel	Frekuensi	%
Kepemilikan Definisi Kasus SKDR		
Ada	22	81,8%
Tidak	2	8,2%
Penggunaan Definisi Kasus SKDR		
Seragam	2	8,2%
Tidak Seragam	22	81,8%

Dari Tabel-2 diatas, tingginya kepemilikan definisi kasus SKDR ternyata tidak diletakkan atau menjadi pedoman di Poli, baik poli puskesmas induk maupun di poli pustu. Kepemilikan definisi kasus sebanyak 81,8% dalam bentuk buku pedoman (software atau hardware) di meja petugas surveilans. Hal ini menyebabkan pemanfaatannya menjadi sangat rendah.

Setelah pengumpulan data diharapkan melakukan pencatatan dalam register manual atau elektronik. Dengan pencatatan yang baik akan dapat menjadi dasar untuk melakukan analisa data sedarhana. Hasil wawancara terhadap pencatatan yang dilakukan terhadap kegiatan pengumpulan data suspek/penyakit yang potensi KLB dalam SKDR menunjukkan hal seperti Tabel-7 berikut ini.

Tabel - 7
Kepemilikan dan Jenis Register Suspek/ Kasus Penyakit Potensi KLB
Untuk SKDR, Di Provinsi Bali Tahun 2017

Variabel	Frekuensi	%
Buku Registrasi		
Ada	20	83,3%
Tidak	4	18,7%
Jenis Buku Registrasi		
Manual buku	13	58,2%
SIK Sejenisnya	5	26,8%
Keduanya	2	15,0%

Dari Tabel-7 diatas, sebagian besar puskesmas telah memiliki pencatatan suspek/kasus penyakit potensi KLB untuk SKDR. Kepemilikan buku pencatatan hanya 58,2% dalam bentuk *paperbase* (formulir atau buku) sedangkan ada juga yang menyimpan data dari Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang selama ini dipakai di beberapa Kabupaten/Kota.

Kelemahan yang ada berdasarkan hasil wawancara dan observasi, pencatatan tidak dengan format yang seragam, sebagian besar masih berupa data agregat, bukan *by name*. Sebagian besar juga tidak mencantumkan alamat seperti per banjar, dusun atau desa tetapi yang dicatat hanya jumlah suspek/.kasus yang dilaporkan.

Analisa data sederhana akan membantu puskesmas khususnya petugas surveilans memahami adanya peningkatan suspek/kasus penyakit yang potensi KLB. Bila muncul kewaspadaan dini tersebut dapat dipakai sebagai dasar untuk menindaklanjuti dalam bentuk respon melaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan melakukan penyelidikan epidemiologi ke lapangan. Analisa data harus berdasarkan data yang dikumpulkan *by name* dengan alamat lengkap sehingga dapat menggambarkan secara epidemiologi situasi yang ada. Hasil monitoring dan evaluasi tentang analisa data yang dilakukan dari data yang dikumpulkan dan dicatat, menunjukkan tidak ada puskesmas yang melakukan analisa data sederhana. Setelah dilakukan wawancara penyebabnya karena ketidakpahaman mereka akan fungsi analisa data yang dilakukan serta adanya kebiasaan melakukan respon dengan cepat setelah adanya informasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Hal lainnya yang mendorong tidak dilakukan analisa data adalah kemampuan petugas untuk melakukan analisa data sederhana.

Pelaporan ke server nasional dalam bentuk sms, telah dilakukan oleh semua puskesmas se-Provinsi Bali. Format pelaporan mempergunakan format standar yang telah disepakati sebelumnya. Hasil wawancara dan observasi menunjukkan ada beberapa puskesmas yang

tidak dapat melakukan sms sehingga selalu dilakukan oleh Kabupaten seperti Kabupaten Bangli. Format yang dipakai tidak menjadi kendala lagi setelah dilakukan perbaikan di server nasional.

G. Umpan Balik

Salah satu tugas dari kabupaten/kota adalah melakukan umpan balik dari data yang dikirimkan masing-masing puskesmas.. Umpan balik dalam bentuk analisa data sederhana yang berupa grafik dan tabel tentang tren suspek/kasus penyakit potensi KLB, penyebaran kasus per wilayah puskesmas dan mingguan. Dari hasil observasi dan wawancara menunjukkan semua kabupaten/kota telah melakukan verifikasi data mingguan. Vatan umpan balik data, semua kabupaten/kota belum melakukan secara rutin, umumnya dilakukan bila ada alert yang harus direspon, umpan balik segera dilakukan. Umpan balik yang benar sebaiknya dilakukan rutin setiap minggu melalui media komunikasi yang ada. Hal tersebut belum dilakukan secara rutin. Dari umpan balik diharapkan masing-masing puskesmas dapat mengetahui tren penyakit yang terjadi, walaupun sebaiknya analisa data dilakukan oleh masing-masing puskesmas.

H. Bimbingan Teknis dan Alokasi Biaya

Bimbingan teknis diharapkan menjadi dorongan motivasi petugas puskesmas untuk melakukan kegiatan SKDR secara lebih baik. Pada saat bimbingan teknis akan dilakukan diskusi untuk memperbaiki kinerja

pelaksanaan SKDR berdasarkan berbagai kendala yang dihadapi. Gambarannya seperti Tabel-8 dibawah ini.

Tabel - 8
Kegiatan Bimbingan Teknis dari Kabupaten/Kota ke Puskesmas
Untuk Pelaksanaan SKDR, Di Provinsi Bali Tahun 2017

Variabel	Frekuensi	%
Bimbingan teknis SKDR		
Ada	9	100%
Tidak	0	0,0%
Kegiatan bimbingan teknis		
Rutin minimal 4 kali/tahun	2	22,2%
Rutin kurang dari 4 kali /tahun	5	55,6%
Bila ada alert	2	22.2%
Alokasi Anggaran		
Ada	9	100%
Tidak	0	0,0%

Dari Tabel diatas telah, semua kabupaten/kota telah melakukan bimbingan teknis, tetapi sebanyak 55,6% yang melakukannya kurang dari 2 kali setahun dan bila diperlukan karena ada alert. Hal ini ada kaitannya dengan alokasi anggaran untuk melakukan kegiatan dan kesibukan kabupaten/kota mengerjakan tugas lainnya. Khusus alokasi anggaran, masing-masing kabupaten/kota telah teralokasi biaya untuk kegiatan surveilans, tetapi dengan proporsi anggaran yang sangat kecil dalam bentuk penanggulangan KLB.

XI. Penutup

Kesimpulan dari kegiatan monitoring dan evaluasi pelaksanaan SKDR di Provinsi Bali sampai dengan tahun 2017 :

- a. Telah memenuhi target nasional untuk ketepatan, kelengkapan dan respon yang diberikan secara provinsi selama tahun 2017.

- b. Beberapa puskesmas di wilayah kabupaten masih belum secara optimal mengirimkan laporan tepat waktu yang disebabkan karena kendala sinyal.
- c. Beberapa puskesmas di wilayah kabupaten masih belum secara lengkap mengirimkan laporan hal ini terkait dengan kendala sinyal dan umpan balik yang tidak diberikan secara rutin oleh kasbupaten/kota.
- d. Beberapa kabupaten/kota belum mampu memberikan semua respon terhadap suspek/kasus penyakit yang potensi KLB yang muncul sebagai alert dalam SKDR hal ini karena keterbatasan petugas untuk memantau. Sedangkan semua puskesmas telah melakukan koordinasi dengan baik pada saat respon yang diberikan oleh masing-masing kabupaten/kota.
- e. Dalam jejaring internal, semua poli puskesmas induk dan poli rawat jalan di Pustu telah terlibat dalam pelaksanaan SKDR. Sedangkan rumah sakit, klinik swasta yang terlibat masih sangat terbatas. Hal ini disebabkan karena belum adanya sosialisasi ke fasilitas kesehatan tersebut dan masih terbatasnya jejaring yang ada.
- f. Keterlibatan poli induk puskesmas dan poli pustu dalam jejaring surveilans untuk mendukung pelaksanaan SKDR masih belum optimal terutama dalam pemahaman tentang definisi kasus, melakukan pencatatan dan penegakan diagnosis. Keadaan ini didukung dengan belum ada sosialisasi yang optimal tentang definisi suspek/kasus penyakit potensi KLB, belum tersedianya Protap yang dapat dipakai sebagai pedoman petugas di poli dan perbedaan persepsi cara menulis hasil diagnosa di Register Rawat Jalan Puskesmas/Pustu.

- g. Belum semua puskesmas atau puskesmas pembantu melakukan pencatatan sesuai dengan yang diharapkan. Pencatatan bila ada sebagian besar masih mempergunakan *paparbase*, tidak menggambarkan situasi secara keseluruhan, data dicatat tidak data mentah /*raw data* tetapi dalam rekapitulasi. Hal tersebut menyulitkan dalam membaca, menganalisa dan sering menimbulkan kesalahan.
- h. Tidak ada puskesmas yang melakukan analisa data termasuk yang paling sederhana seperti memantau tren mingguan, jenis suspek/kassu penyakit yang potensi KLB per desa sebagai wilayah terkecil administrasi ada juga melakukan pencatatan setiap faskes yang melaporkan data suspek/kasus penyakit potensi KLB setiap minggu. Analisa sederhana tidak dilakukan karena tidak dipahami dengan baik cara melakukannya dan manfaatnya. Kejian ini menyebabkan puskesmas tidak dapat melakukan pemantauan dan merespon dengan cepat.
- i. Tidak semua tenaga puskesmas mendapatkan informasi tentang SKDR dengan baik, karena pelatihan hanya dilakukan sekali pada saat mulai dikembangkan, monitoring dan evaluasi tidak dilakukan secara rutin, demikian juga bimbingan teknis belum dilakukan secara rutin sehingga tidak dapat dipahami masalah yang ada dan rencana tindak lanjut yang disusun berdasarkan situasi yang ada.
- j. Semua kabupaten/kota memiliki tenaga surveilans yang handal, dengan latar belakang pendidikan minimal D3 kesehatan. Bila ada tenaga baru telah dilakukan *on the job training*.

- k. Bimbingan teknis Setiap kabupaten/kota dan provinsi melakukan bimbingan teknis rutin ke puskesmas tentang SKDR minimal 2 kali dalam setahun.
- l. Semua Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota telah memiliki alokasi dana kegiatan surveilans. Alokasi tersebut tidak secara khusus dipakai untuk SKDR. Alokasi biaya hanya untuk kegiatan investigasi bila terjadi KLB.

Beberapa saran yang dapat ditindaklanjuti dari hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan SKDR di Provinsi Bali sampai dengan Tahun 2017 :

- a. Diperlukan penyampaian informasi tentang SKDR kepada semua petugas surveilans puskesmas.
- b. Diperlukan informasi dan penyamaan persepsi tentang definis kasus terutama untuk dokter yang bertugas di poli.
- c. Penyampaian informasi ke jajering internal dan eksternal dapat dilakukan oleh petugas surveilan dan dokter yang bertugas dipoli
- d. Untuk lebih meningkatkan kualitas data yang dikumpulkan serta menurunkan *underreporting* maka dapat dilakukan dengan memajang Definisi Operasional suspek/kasus penyakit potensi KLB sebagai protap dalam melakukan diagnosis dan pencatatan pada Register Rawat Jalan Puskesmas/Pustu.
- e. Diperlukan Register SKDR yang berbasis elektronik yang sekaligus dapat menganalisa data sederhana.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, M. P. (2016) 'Gambaran Kinerja Early Warning Alert Response System (Ewars) Puskesmas Di Dinas Kesehatan Kabupaten', *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Volume 5 N(August 2017), pp. 286–297. doi: 10.20473/jbe.v5i3.2017.
- Benson, F. G., Levin, J. and Rispel, L. C. (2018) 'Health care providers ' compliance with the notifiable diseases surveillance system in South Africa', pp. 1–16.
- Cordes, K. M. et al. (2017) 'Real-Time Surveillance in Emergencies Using the Early Warning Alert and Response Network', *Emerging Infectious Diseases*, 23(13), pp. 131–137. doi: 10.3201/eid2313.170446.
- Hargono, I. A. R. dan A. (2012) 'Deskripsi Pencatatan dan Pelaporan Pemantauan Kesehatan Ibu pada PWS-KIA Berdasarkan Atribut Surveilans', pp. 302–315.
- Masriani (2017) 'Implementasi kebijakan tentang perlindungan anak (studi kasus anak-anak pengemis di kecamatan mandau)', *JOM FISIP*, 4(2), pp. 1–13.
- Mufidz, M. (2015) 'Evaluasi Input Sistem Surveilans Demam Berdarah Dengue di Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal', pp. 1–110.\ Nasution, R. D. (2017) 'Effect of the Development of Communication Information Technology on Local Cultural Existence', *Jurnal Penelitian Komunikasi dan Opini Publik*, 21(1), pp. 30–42.
- Pratiwi, R. Y. and Ainy, A. (2013) 'Implementasi Ewars (Early Warning Alert And Response System) Di Dinas Kesehatan Kota Palembang Tahun 2013', 4(1479), pp. 108–114.
- Kemendes RI. (2012) 'Pedoman Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon', Jakarta:Kementerian Kesehatan RI, pp. 0–38.
- Kemendes RI. (2012) *Algoritma Diagnosis Penyakit dan Respon Serta Format Penyelidikan Epidemiologi*. Revisi Tah. Jakarta.
- Yatmi, S. et al. (2016) 'Pengelolaan Informasi Early Warning Alert and Response System di Kabupaten Boyolali', 1(1).

Mengetahui :
Ka. Bidang P2P
Dinas Kesehatan Prov. Bali

Yang Melakukan
Monitoring dan Evaluasi

dr. Gede Wira Sunetra, MPPM
NIP.19600707 198711 1 002

Cok Istri Sri D.A.,SKM, M.Kes.
NIP. 19660207 198803 2 008