

**STUDI KUALITATIF FAKTOR-FAKTOR EFEKTIVITAS SISTEM
KEWASPADAAN DINI DAN RESPON KASUS DEMAM BERDARAH
DENGUE DI KABUPATEN TULANG BAWANG BARAT**

(Tesis)

Oleh

DESTI PURNAMANINGSIH



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

**STUDI KUALITATIF FAKTOR-FAKTOR EFEKTIVITAS SISTEM
KEWASPADAAN DINI DAN RESPON KASUS DEMAM BERDARAH
DENGUE DI KABUPATEN TULANG BAWANG BARAT**

Oleh

DESTI PURNAMANINGSIH

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Pada

**Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

ABSTRAK

STUDI KUALITATIF FAKTOR-FAKTOR EFEKTIVITAS SISTEM KEWASPADAAN DINI DAN RESPON KASUS DEMAM BERDARAH DENGUE DI KABUPATEN TULANG BAWANG BARAT

Oleh

DESTI PURNAMANINGSIH

Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR) berperan dalam mendeteksi potensi KLB penyakit menular melalui laporan mingguan. Lonjakan kasus DBD yang terjadi di Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2024, sebelumnya pada aplikasi SKDR, *alert* laporan *suspect dengue* yang terbaca lebih sedikit dari pada angka kejadian kasus DBD. Tujuan penelitian untuk mendeskripsikan faktor-faktor efektivitas SKDR kasus DBD di Kabupaten Tulang Bawang Barat. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus. Pengumpulan data dilaksanakan bulan Oktober – Desember 2025 di tiga puskesmas dengan 14 informan menggunakan teknik purposive. Analisis data tematik dan dilakukan validasi dengan triangulasi.

Komponen input: petugas memiliki tugas rangkap, keterbatasan dana, keterbatasan sarana dan prasarana (komputer, kendala jaringan internet dan gangguan sistem aplikasi web SKDR). Komponen proses: pengumpulan data yang berjenjang, puskesmas belum memiliki akses aplikasi web SKDR, entri data manual melalui WA, validasi data untuk verifikasi sinyal (*alert*), penyajian data dalam bentuk grafik, umpan balik melalui bulletin mingguan di grup WA, monitoring evaluasi dan tindaklanjut telah dilakukan sesuai prosedur. Efektivitas SKDR kasus DBD di Kabupaten Tulang Bawang Barat dipengaruhi oleh keterbatasan pendanaan, keterbatasan sarana prasarana, kompetensi petugas yang belum sesuai pendidikan, pelatihan yang belum merata menyebabkan pemahaman petugas yang berbeda-beda, pelaksana belum memahami apa yang harus dilaporkan, sehingga kasus yang sering dilaporkan adalah kasus yang sudah positif atau kasus yang sudah dirawat di rumah sakit, hal tersebut tidak sesuai dengan prinsip SKDR. Perlunya peningkatan kapasitas SDM, penyediaan sarana dan prasarana yang memadai, integrasi sistem pelaporan berbasis web ditingkat puskesmas dan mobile SDKR tingkat jaringan/jejaring, mendorong pelaporan berbasis gejala serta dukungan pendanaan.

Kata Kunci : Kasus DBD, KLB, SKDR, Surveilans Epidemiologi

ABSTRACT

A QUALITATIVE STUDY OF FACTORS THE EFFECTIVENESS OF THE EARLY WARNING ALERT AND RESPONSE SYSTEM DENGUE HEMORRHAGIC FEVER CASE IN TULANG BAWANG BARAT REGENCY

by

DESTI PURNAMANINGSIH

The Early Warning Alert and Response System (EWARS) plays a critical role in detecting potential outbreaks of infectious diseases through weekly reporting. The spike in DHF cases that occurred in Tulang Bawang Barat Regency in 2024, previously in the EWARS application, the number of dengue suspect report alerts read was lower than the number of DHF cases. This study aims to describe the effectiveness factors of EWARS for DHF cases in Tulang Bawang Barat Regency. This study employed a qualitative approach with a case study design. Data collection was conducted in October – December 2025 at three community health centers with 14 informants were selected through purposive sampling. Data analysis was thematic and validation was performed using triangulation.

Input components: officers have dual duties, limited funds that are not specifically for EWARS reporting, limited facilities and infrastructure (computers, internet network constraints and disruptions to the EWARS web application system). Process components: tiered data collection from the network, health centers via WhatsApp to the health office, community health centers do not yet have access to the EWARS web application, manual data entry, data validation for signal verification (alert), data presentation in graphical form, feedback via weekly bulletins in the WhatsApp group, monitoring, evaluation and follow-up have been carried out according to procedures. The effectiveness of EWARS DHF cases in Tulang Bawang Barat Regency is influenced by limited funding, limited infrastructure, staff competency that is not in accordance with education, uneven training causing different understanding of staff, implementers do not understand what to report, so that cases that are often reported are cases that are already positive or cases that have been treated in hospitals, this is not in accordance with the principles of EWARS. The need for increased human resource capacity, provision of adequate facilities and infrastructure, integration of web-based reporting systems at the health center level and mobile EWARS at the network level, encouraging symptom-based reporting and funding support.

Keywords: DHF Case, Epidemiological Surveillance, EWARS, Outbreak

Judul Tesis : **STUDI KUALITATIF FAKTOR - FAKTOR
EFEKTIVITAS SISTEM KEWASPADAAN
DINI DAN RESPON KASUS DEMAM
BERDARAH DENGUE DI KABUPATEN
TULANG BAWANG BARAT**

Nama Mahasiswa : **Desti Purnamaningsih**

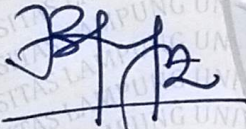
Nomor Pokok Mahasiswa : 2428021018

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kedokteran

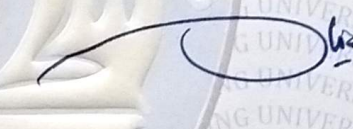
MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing



Dr. dr. Reni Zuraida, S.Ked., M.Si., Sp.KKLP.

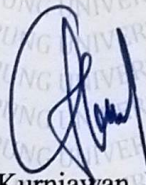
NIP. 19790124 200501 2 015



Dr. dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., MPH, Sp.KKLP.

NIP. 19830818 200801 2 005

2. Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat



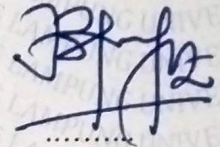
Dr. dr. Betta Kurniawan, M. Kes. Sp. Par. K.

NIP. 197810092005011001

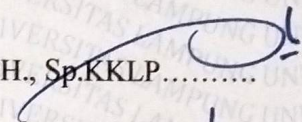
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

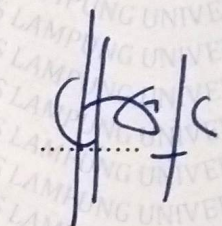
Ketua : Dr.dr. Reni Zuraida, S.Ked., M.Si., Sp.KKLP.



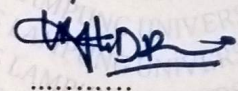
Sekretaris : Dr.dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., MPH., Sp.KKLP.....



Penguji 1
(Bukan Pembimbing) : Prof. Dr. Dyah Wulan SRW, SKM., M.Kes.



Penguji 2
(Bukan Pembimbing) : Dr.Ir.Yaktiworo Indriani., M.Sc.



2. Dekan Fakultas Kedokteran


Dr.dr. Evi Kurniawati, M.Sc.
NIP. 19760120 200312 2 001

3. Direktur Program Pascasarjana


Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si.
NIP. 19640326 198902 1 001

4. Tanggal Lulus Ujian Tesis: 9 Juni 2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Tesis dengan judul **“Studi Kualitatif Faktor - Faktor Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon Kasus Demam Berdarah Dengue Di Kabupaten Tulang Bawang Barat”** adalah karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara yang tidak sesuai etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut Plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung

Atas pernyataan ini apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, Juni 2026
Pembuat Pernyataan



Desti Purnamaningsih
2428021018

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan pada tanggal 18 Desember 1986 di Tiyuh Penumangan. Penulis merupakan anak kedua dari lima bersaudara, buah hati pasangan Bapak Supri Asnawi, S.Pd. dan Ibu Namina Nawawi, A.Ma.Pd.

Penulis menempuh pendidikan dimulai dari Taman Kanak-Kanak (TK) Pertiwi Penumangan yang diselesaikan pada tahun 1992, dilanjutkan dengan Pendidikan Seklah Dasar (SD) di SDN 02 Penumangan diselesaikan pada tahun 1998, menyelesaikan pendidikan lanjutan di SLTP Bina Desa Penumangan pada tahun 2001, menyelesaikan pendidikan menengah di SMAN 01 Menggala pada tahun 2004.

Penulis terdaftar sebagai mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Mitra Lampung pada tahun 2004 dan berhasil meraih gelar Sarjana Keperawatan pada tahun 2008, melanjutkan program profesi keperawatan (*Ners*) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Mitra Lampung yang diselesaikan pada tahun 2009. Pada tahun 2009 penulis bekerja sebagai tenaga honorer di RSUD Menggala, tahun 2011 penulis diterima sebagai CPNSD di Puskesmas Tiuh Toho Tulang Bawang, tahun 2012 penulis bekerja di Dinas Kesehatan Tulang Bawang, selanjutnya pada tahun 2016 penulis mutasi ke Kabupaten Lampung Tengah di Puskesmas Terbanggi Subing. Pada tahun 2019 penulis mutasi kembali ke Kabupaten Tulang Bawang Barat di Dinas Kesehatan hingga saat ini. Pada tahun 2024 penulis melanjutkan studi ke Program Megister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

***“Dengan Tekad Dan Keseriusan, Segala Sesuatu Akan Berhasil Dengan
Succes Disertai Do’a “(Desti)***

***“Orang Yang Tidak Pernah Berbuat Kesalahan-Kesalahan, Karena
Tidak Pernah Berbuat Sesuatu” (Edward John Phelps)***

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur yang tak terhingga atas nikmat dari Allah SWT dan berkat Ridho Nya study ini bisa selesai tepat waktu.

Penulis persembahkan karya ini untuk anak tercinta, terkasih dan tersayang Ahza Zavaraz Fikrian. Semoga bisa menjadi motivasi untuk mengejar cita-cita lebih dari yang bisa mama raih.....

Persembahan buat suami tercinta yg ada di surga Nya.
Duta Fikrian, ST (Alm)

Teristimewa penulis persembahkan untuk kedua orang tua, mertua, kakak, adik, ponakan, bibi dan paman atas dukungan, kasih sayang dan do'a tulus dari kalian semua

Almamater tercinta Universitas Lampung

SANWACANA

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Studi Kualitatif Faktor - Faktor Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon Kasus Demam Berdarah Dengue Di Kabupaten Tulang Bawang Barat”.

Tesis ini disusun untuk memenuhi syarat memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Dalam pembuatan tesis ini, penulis banyak memperoleh bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof.Dr.Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., IPM., ASEAN Eng selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Prof. Dr. Ir. Murhadi, M. Si selaku Direktur Program Pascasarjana;
3. Dr. dr. Evi Kurniawati, S.Ked., M.Sc Selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Dr. dr. Betta Kurniawan, M. Kes. Sp. Par. K selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
5. Dr. dr. Khairun Nisa B, S.Ked., M.Kes., AIFO-K selaku pembimbing akademik;
6. Dr. dr. Reni Zuraida, S.Ked., M.Si., Sp.KKLP. Selaku Pembimbing Utama dan atas kesediaanya memberikan bimbingan, arahan, saran dan kritik dalam penyelesaian tesis ini;
7. Dr. dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., MPH., Sp.KKLP Selaku Pembimbing Kedua dan atas kesediaanya memberikan bimbingan, arahan, saran dan kritik dalam penyelesaian tesis ini;
8. Prof. Dr. Dyah Wulan SRW, SKM., M.Kes Selaku Pembahas pertama yang telah memberikan saran, kritik dan masukan yang bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini;

9. Dr. Ir. Yaktiworo Indriani, M.Sc selaku Pembahas kedua yang telah memberikan saran, kritik dan masukan yang bermanfaat dalam penyelesaian tesis ini;
10. Seluruh dosen, staf dan karyawan fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan dan penyusunan tesis;
11. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat;
12. Kepala Puskesmas Panaragan Jaya, Puskesmas Mulya Asri, Puskesmas Candra Mukti;
13. Seluruh Informan dalam penelitian ini atas kesediaan menjadi subjek penelitian;
14. Apak Supri Asnawi, Nday Namina Nawawi dan Papa Johannis Damiri, Mama Cordjati Asmarantaka (Almh) atas do'a, kasih sayang dan dukungan baik moril maupun materil terutama untuk keberhasilanku dalam meraih gelar magister kesehatan masyarakat;
15. Anakku tercinta dan terkasih Ahza Zavaraz Fikrian, atas pengertian, kasih sayang serta supportnya selama mama menjalankan studi, *you are my everything*;
16. Adik-adikku Ade NP, Bram, Septina, Lima, kakak dan adik iparku Puan Edo dan Gamma, ponakanku Missis Gween dan Sista Azura, Bibi dan paman serta seluruh keluarga yang selalu memberikan semangat, kasih sayang dan dukungannya;
17. Sahabat dan teman - teman angkatan 2024 yang tidak dapat di sebutkan satu - persatu, terimakasih atas bantuan dan dukungan selama proses perkuliahan;
18. Bestie-besie seangkatan peminatan epidemiologi 2024, sudah saling mendukung, kompak selalu dan success selalu utntuk kita semua;
19. Tim Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Tulang Bawang Barat, atas pengertian dan dukungannya selama menjalankan studi;
20. Seluruh pihak yang membantu saya dalam menyelesaikan penelitian ini yang tidak dapat saya sebut satu - persatu.

Akhir kata, saya menyadari bahwa tesis yang saya tulis ini, masih jauh dari kata sempurna. semoga tesis ini dapat memberikan manfaat untuk mendorong penelitian - penelitiannya.

Bandar Lampung, Juni 2026
Penulis

Desti Purnamaningsih

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Landasan Teori.....	8
2.1.1 Konsep Umum Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon	8
2.1.2 Tujuan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon	9
2.1.3 Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon	9
2.1.4 Manajemen Data Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon	10
2.1.5 Faktor-Faktor Efektivitas SKDR	15
2.1.6 Sistem Kewaspadaan Awal KLB di Indonesia	17
2.1.7 Evaluasi Efektivitas Program.....	21
2.2 Penelitian Terdahulu	23
2.3 Kerangka Pikir.....	29
BAB III METODE PENELITIAN	30
3.1 Jenis Penelitian.....	30
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	30
3.3 Informan Penelitian	31
3.4 Variabel Penelitian	32
3.5 Metode Pengumpulan Data	32
3.5.1. Instrumen Penelitian	32
3.5.2. Teknik Pengumpulan Data.....	33
3.6 Proses Pengumpulan Data.....	34
3.7 Analisis Data	35

3.8 Keabsahan Data.....	37
3.9 Etika Penelitian	38
BAB IV HASIL PENELITIAN	39
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	39
4.1.1 Keadaan Geografis	39
4.1.2 Situasi Kasus DBD.....	40
4.1.3 Situasi Suspek Dengue Pada SKDR.....	42
4.2 Karakteristik Informan Penelitian	42
4.3 Hasil Penelitian	44
4.3.1 Komponen Input (Sumber Daya Manusia, Pendanaan dan Sarana Prasarana).....	44
4.3.2 Komponen Proses Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon (SKDR)	52
4.3.3 Komponen Output Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon (SKDR).	65
4.3.4 Rekapitulasi Hasil Penelitian.....	69
BAB V PEMBAHASAN.....	91
5.1 Pembahasan.....	91
5.1.1 Komponen Input (Sumber Daya Manusia, Pendanaan, dan Sarana Prasarana).....	91
5.1.2 Komponen Proses Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon (SKDR).....	101
5.1.3 Komponen Output Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon(SKDR)	110
5.2 Keterbatasan Penelitian.....	112
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	113
6.1 Kesimpulan.....	113
6.2 Saran.....	115
6.2.1 Saran Bagi Dinas Kesehatan.....	115
6.2.2 Saran Bagi Puskesmas	116
6.2.3 Saran Untuk Penelitian Selanjutnya	117

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Jadwal pelaporan SKDR	12
2.2 Padanan ICD 10 tersangka penyakit berpotensi KLB	16
2.3 Penelitian terdahulu	23
3.1 Distribusi jumlah Informan.....	31
4.1 Karakteristik informan	43
4.2 Hasil observasi pelaporan data SKDR	55
4.3 Hasil observasi entri data SKDR puskesmas	56
4.4 Hasil observasi penyajian data SKDR	59
4.5 Hasil observasi umpan balik Dinas Kesehatan	60
4.6 Hasil observasi indikator efektivitas SKDR	65
4.7 Tematik hasil wawancara dengan informan.....	69
4.8 Tematik hasil triangulasi.....	80

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Sistem Surveilans dan Respon	8
2.2 Mekanisme Pengiriman Laporan	11
2.3 Kerangka Pikir	29
4.1 Penemuan Kasus DBD di Kabupaten Tulang Bawang Barat	40
4.2 Distribusi Kasus DBD Per Puskesmas Tahun 2025	41
4.3 Distribusi Kasus DBD Per Bulan Tahun 2025	41
4.4 Grafik Suspek Dengue Pada SKDR.....	42
4.5 Ketepatan Waktu Pelaporan SKDR Tahun 2025	66
4.6 Kelengkapan Pelaporan SKDR Tahun 2025.....	67

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR) atau yang biasa disebut dengan *Early Warning Alert and Response System* (EWARS) adalah sebuah sistem yang berfungsi dalam mendeteksi adanya ancaman indikasi Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular yang dilaporkan secara mingguan dengan berbasis komputer (Kemenkes RI, 2023). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengembangkan dan menerapkan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR) sebagai bentuk sistem pengamatan proaktif bertujuan mempermudah proses pelaksanaan surveilans penyakit dengan mendeteksi peningkatan kejadian penyakit potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) secara lebih cepat. Sistem ini bekerja berdasarkan laporan mingguan penyakit-penyakit prioritas oleh fasilitas pelayanan kesehatan primer (seperti puskesmas), yang kemudian dianalisis untuk mendeteksi *alert* atau sinyal kemungkinan Kejadian Luar Biasa (KLB) (Kemenkes RI, 2023).

Deteksi awal dan respon cepat pada KLB ialah aspek krusial dalam pengendalian penyakit menular. Penyakit menular masih menjadi tantangan pokok dalam sistem kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk juga penyakit infeksi *emerging* (*New Emerging* dan *Re Emerging*). KLB penyakit seperti demam berdarah *dengue* (DBD), difteri, diare, pertusis, polio, tetanus campak dan leptospirosis dapat terjadi secara tiba-tiba dan menyebabkan morbiditas serta mortalitas yang signifikan (Kemenkes RI, 2023).

Kinerja SKDR menjadi semakin penting di tengah meningkatnya berbagai kasus penyakit menular di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir. Secara global tantangan serupa juga dialami berbagai negara. Pada bulan Mei 2025, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengumumkan adanya wabah polio di Papua Nugini, memperlihatkan bahwa penyakit yang sempat dinyatakan

tereliminasi dapat kembali muncul dan menimbulkan ancaman kesehatan lintas negara (WHO, 2025). Di Indonesia, situasi penyakit menular dalam beberapa tahun terakhir juga menunjukkan tren yang mengkhawatirkan. Sejak tahun 2022 hingga 2024, Indonesia berada dalam status KLB Polio dengan total 12 kasus kelumpuhan, terdiri dari 11 kasus virus polio tipe 2 dan satu kasus virus polio tipe 1 (Kemenkes RI, 2023). Selain itu, pada tahun 2025 Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Jenderal Penanganan Penyakit melaporkan penambahan kasus campak yang terjadi di beragam provinsi dan kabupaten/kota, bahkan menimbulkan kematian di sejumlah daerah (Kemenkes RI, 2025). Sementara itu, kejadian DBD pada periode 2023–2025 terus meningkat, dengan kasus kematian yang tersebar di 259 kabupaten/kota di 32 provinsi (Kemenkes RI, 2024). Provinsi Lampung juga menghadapi kondisi serupa. Sepanjang tahun 2024, kasus DBD di Lampung mengalami kenaikan signifikan dengan total 9.096 kasus yang tersebar di berbagai kabupaten/kota (Dinkes Provinsi Lampung, 2025).

Kabupaten Tulang Bawang Barat mengalami lonjakan kasus DBD pada akhir tahun 2024 hingga awal tahun 2025. Hal ini merupakan kejadian yang tidak diharapkan karena sebelumnya pada aplikasi web SKDR sinyal / *alert* peringatan waspada KLB DBD, lebih sedikit daripada jumlah DBD yang dilaporkan. Sepanjang tahun 2024 tercatat sebanyak 722 kasus DBD dengan 17 *alert* (151 *suspect dengue*), sedangkan sejak awal tahun hingga bulan Juni 2025 dilaporkan sebanyak 438 kasus tanpa adanya laporan kematian (Dinkes Tulang Bawang Barat, 2025). Kasus DBD tertinggi tahun 2024 dan 2025 pada Puskesmas Panaragan Jaya, Puskesmas Mulya Asri dan Puskesmas Candra Mukti yang merupakan wilayah kerja Kecamatan Tulang Bawang tengah. Dari masing-masing Puskesmas, Desa tertinggi yaitu Tiyuh Penumangan, Mulya Asri dan Pulung Kencana. Keadaan ini mengindikasikan ada ketimpangan antara penerapan SKDR dengan kebutuhan deteksi dini yang optimal (Laporan DBD Tulang Bawang Barat 2025, n.d.).

Supaya bisa mengelola berbagai risiko keamanan kesehatan, sistem pengamatan surveilans harus bisa mendeteksi sinyal serta waspada awal

sekaligus data relevan dan *real time* untuk menentukan tindak lanjut yang akan dilakukan. Salah satu upaya untuk memperkuat ancaman keamanan kesehatan dengan upaya optimalisasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR). Meskipun SKDR sudah dikerjakan di sebagian besar kabupaten/kota di Indonesia, efektivitasnya dalam mendeteksi KLB masih bervariasi (WHO, 2023).

Efektifitas SKDR dalam mendeteksi KLB yang bervariasi terlihat dari data Dinas Kesehatan Provinsi Lampung pada tahun 2024, masih ada 2 Kabupaten / Kota yang kelengkapan laporannya dibawah 100%. Untuk ketepatan laporan SKDR, masih ada 10 Kabupaten/Kota yang tidak mencapai 100%. Respon *alert* yang di respon < 24 jam sudah 92% namun masih ada 2 Kabupaten/Kota yang respon *alert* < 24 jam dibawah 80% (Dinkes Provinsi Lampung, 2024). Data Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat pada tahun 2024, masih ada 1 puskesmas yang kelengkapan laporannya <100% yaitu puskesmas Dwikora Jaya. Untuk ketepatan laporan SKDR, dari 16 puskesmas di Kabupaten Tulang Bawang Barat, meskipun tidak ada yang dibawah 80%, namun semua 16 puskesmas masih <100% Respon *alert* yang di respon < 24 jam sudah 91,3% dari 150 *alert* yang masuk, sehingga masih ada 13 *alert* yang baru di respon > 24 jam (Dinkes Tulang Bawang Barat, 2024).

Pelaporan penyakit menular berpotensi KLB yang terdapat dalam SKDR, belum dilaporkan semua oleh petugas. Masih ada petugas yang hanya melaporkan paling banyak 4 penyakit (*syndrome*) bahkan ada yang hanya melaporkan 1 penyakit saja setiap minggu (Dinkes Tulang Bawang Barat, 2025).

Beberapa penelitian sebelumnya mengindikasikan adanya tantangan dalam pelaksanaan SKDR di berbagai wilayah. Penelitian oleh Syahrani (2024) dengan hasil studi yang menunjukkan bahwa SKDR efektif dalam memberikan *alert* yang mencegah Kejadian Luar Biasa (KLB), namun penerapannya masih ditemukan hambatan, seperti hambatan infrastruktur

teknologi, SDM serta ketidaksesuaian data antar unit pelaporan. Kendala lain mencakup kurangnya alokasi dana operasional untuk mendukung pelaporan mingguan dan hambatan geografis di wilayah tertentu. Monitoring dan evaluasi menjadi aspek penting dalam meningkatkan kinerja petugas surveilans, tetapi membutuhkan dukungan lebih kuat, baik dalam bentuk insentif maupun pelatihan. Diperlukan langkah strategis, termasuk peningkatan kemampuan SDM, integrasi mekanisme data, termasuk pendanaan yang layak untuk mengoptimalkan fungsi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR).

Penelitian oleh Fatmawati dan Suparmi (2021) di puskesmas di Jawa Tengah menemukan efektivitas SKDR masih terganggu ketidakcukupan sumber daya manusia serta ketidaktepatan waktu pelaporan. Studi serupa juga dilakukan oleh Wulandari *et al.* (2022), yang menyoroti rendahnya tingkat respons terhadap *alert* SKDR di wilayah timur Indonesia. Selain itu, masih terdapat gap antara deteksi dini dan pelaksanaan respons cepat di lapangan, yang berdampak pada keterlambatan intervensi. Sebagian besar data jumlah penyakit dalam EWARS / SKDR tidak sesuai dengan laporan manual. Hasil penelitian Marullyta (2022), efektivitas SKDR telah terlaksana dengan baik, namun perlu ditingkatkan dalam hal validasi data jumlah laporan penyakit.

Meskipun SKDR sudah diterapkan secara nasional, di Kabupaten Tulang Bawang Barat studi yang menelaah secara terperinci indikator-indikator yang memengaruhi efektivitas pelaksanaannya masih terbatas. Penelitian tentang efektivitas SKDR sangat penting untuk mengevaluasi sejauh mana sistem ini mampu memberikan peringatan dini yang akurat dan cepat terhadap ancaman Kejadian Luar Biasa (KLB). Evaluasi ini mencakup aspek ketepatan waktu pelaporan (*timeliness*), kelengkapan laporan (*completeness*), serta respons yang dilakukan setelah terdeteksi sinyal (*alert*). Temuan evaluasi ini ditargetkan bisa jadi saran dalam pengoptimalan sistem surveilans penyakit menular yang lebih adaptif dan responsif kepada perubahan pola penyakit.

Di Kabupaten Tulang Bawang Barat, Provinsi Lampung, penerapan SKDR masih menghadapi beberapa kendala seperti ketepatan waktu pengiriman laporan yang masih <100%, ketidaklengkapan data, dan respon terhadap sinyal yang tidak optimal (Dinkes Tulang Bawang Barat, 2024). Oleh karena itu, penting dilakukan kajian mendalam tentang faktor-faktor efektivitas SKDR kasus DBD di Kabupaten Tulang Bawang Barat, agar sistem bisa ditingkatkan serta dimaksimalkan fungsinya.

1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini ialah apa saja faktor-faktor efektivitas sistem kewaspadaan dini dan respon kasus demam berdarah dengue di Kabupaten Tulang Bawang Barat?

1.3 Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan faktor-faktor efektivitas sistem kewaspadaan dini dan respon kasus demam berdarah dengue di Kabupaten Tulang Bawang Barat.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan komponen input (Sumber daya manusia, Dana serta Sarana) efektivitas sistem kewaspadaan dini dan respon kasus demam berdarah dengue di Kabupaten Tulang Bawang Barat.
2. Mendeskripsikan komponen proses (tahap pengumpulan data, pengolahan data, penyajian dan analisis data, umpan balik, monitoring, evaluasi dan tindak lanjut) efektivitas sistem kewaspadaan dini dan respon kasus demam berdarah dengue di Kabupaten Tulang Bawang Barat.
3. Mengevaluasi komponen output yaitu efektivitas sistem kewaspadaan dini dan respon kasus demam berdarah dengue di Kabupaten Tulang Bawang Barat.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat, khususnya terkait sistem kewaspadaan dini dan respons (SKDR). Selain itu, hasil penelitian ini dapat menjadi referensi ilmiah bagi penelitian selanjutnya mengenai penguatan sistem pelaporan, deteksi dini kejadian luar biasa (KLB), serta pemanfaatan teknologi digital dalam sistem surveilans epidemiologi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Dinas Kesehatan

- Penelitian ini membantu dinas kesehatan dan pemerintah daerah mengevaluasi efektivitas SKDR dalam mengendalikan penyakit menular berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB).
- Memberikan masukan untuk peningkatan sistem pelaporan dini penyakit menular, baik dari sisi teknis maupun sumber daya manusia.
- Sebagai dasar dalam menyusun kebijakan atau strategi terkait kewaspadaan dini Kejadian Luar Biasa (KLB).

2. Bagi Puskesmas

- Dapat menjadi bahan evaluasi terhadap pelaksanaan pelaporan sistem kewaspadaan dini dan respon dalam mengendalikan penyakit menular berpotensi KLB terutama DBD.
- Memberikan masukan dalam menyusun SOP dan tindak lanjut pelaporan serta pelaksanaan kewaspadaan dini dan respon.
- Menjadi dasar pengambilan kebijakan dalam penyusunan anggaran dan program terkait pelaporan SKDR.

3. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk peneliti selanjutnya sebagai informasi untuk penelitian lebih lanjut dan bisa mengembangkan faktor lain yang berhubungan dengan efektivitas SKDR dalam mendeteksi resiko kejadian luar biasa pada penyakit menular lainnya.

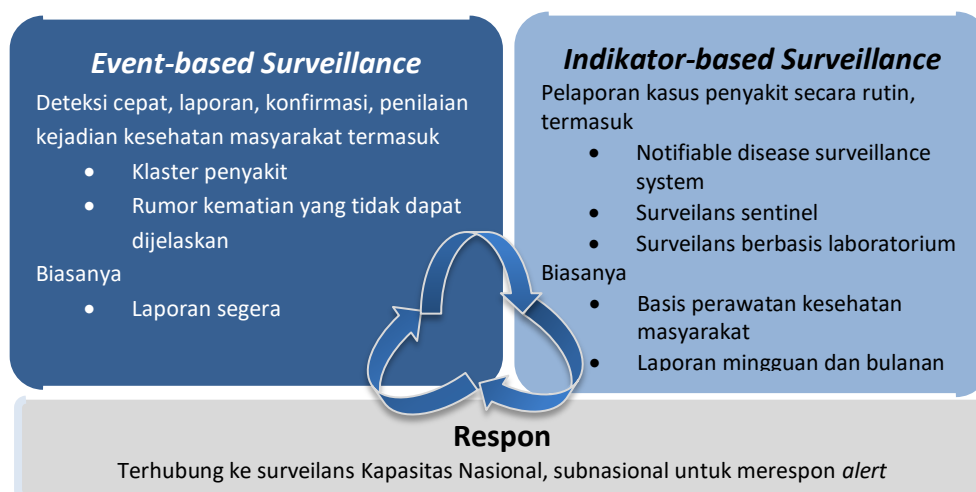
BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep Umum Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon

Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR) atau Early Warning Alert and Response System (EWARS) merupakan suatu sistem berbasis komputer yang digunakan untuk mendeteksi secara dini adanya indikasi Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit menular melalui laporan mingguan. Sistem ini mampu menampilkan *alert* atau sinyal peringatan dini apabila terjadi peningkatan kasus penyakit yang melebihi ambang batas di suatu wilayah. Munculnya *alert* pada sistem tidak secara langsung menunjukkan telah terjadinya KLB, melainkan sebagai tanda pra-KLB yang memerlukan respons cepat dari petugas agar kejadian tersebut tidak berkembang menjadi KLB (Kemenkes RI, 2023).

SKDR ialah sistem pelaporan penyakit menular prioritas yang dilaksanakan mingguan oleh puskesmas, rumah sakit dan laboratorium untuk mendeteksi potensi Kejadian Luar Biasa (KLB) secara cepat. Sistem ini berdasar pelaporan sinyal dan tanggap cepat dalam waktu maksimal 24 jam sesudah sinyal diterima (Kemenkes RI, 2022).



Gambar 2.1 Sistem Surveilans dan Respon (Kemenkes RI, 2023)

2.1.2 Tujuan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon

Tujuan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon ialah (Kemenkes RI, 2023) :

1. Menjalankan identifikasi awal penyakit menular berpotensi KLB.
2. Memberi *input* pada program serta bidang bersangkutan guna menjalankan respon penanggulangan penyakit menular berpotensi KLB.
3. Meminimalisir angka kesakitan ataupun kematian sebab penyakit menular berpotensi KLB.
4. Mengamati kecenderungan maupun arah penyakit menular berpotensi KLB.
5. Mengukur konsekuensi program preventif serta penanggulangan penyakit menular berpotensi KLB.

2.1.3 Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon

Efektivitas merupakan ukuran pencapaian terhadap tujuan yang telah ditentukan. Menurut Robbins dan Coulter (2018), efektivitas berkaitan dengan keberhasilan dalam mencapai *output* yang diharapkan, meskipun efisiensi proses belum tentu tercapai.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, komponen keberhasilan / efektivitas SKDR mencakup indikator:

1. Ketepatan waktu pelaporan

Ketepatan laporan ialah data dari satuan pelapor yang diterima secara aktual ke sistem hari Senin atau Selasa pada pekan epidemiologi selanjutnya. Pekan epidemiologi dimulai sejak hari Minggu-Sabtu. Ketepatan laporan $\geq 80\%$.

2. Kelengkapan laporan

Kelengkapan laporan ialah jumlah laporan yang diterima dibagi lewat angka laporan yang wajib diterima dikalikan 100%. Kelengkapan laporan $\geq 90\%$.

3. Respon sinyal/*alert*

Sinyal/*alert* yang ditanggapi adalah total *alert* yang direspon oleh pusat kesehatan masyarakat maupun daerah/kota dibagi angka *alert* yang tampil di sistem pada rentang masa spesifik. Respon kepada total/*alert* yang keluar di sistem. *Alert* ialah kode kewaspadaan yang keluar pada skema data SKDR yang harus diverifikasi oleh petugas SKDR mengenai validitas data. Respons sinyal *alert* yang seharusnya dilakukan ≤ 24 jam karena perlu respon cepat untuk mencegah KLB.

4. Deteksi Dini / Tindak lanjut kepada KLB yang terkonfirmasi

Deteksi dini ialah sensitivitas petugas untuk menangkap sinyal kasus yang harus di waspadai. Tindak lanjut terhadap Kejadian Luar Biasa (KLB) yang terkonfirmasi ialah usaha yang sudah dilaksanakan (penyelidikan epidemiologi dan hasilnya) serta agenda tindak lanjut medis komunitas bila perolehan validasi terdapat kasus (Kemenkes RI, 2023).

2.1.4 Manajemen Data Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon

1. Sumber Data

a. Sumber Data Rutin (Surveilans Berbasis Indikator/IBS)

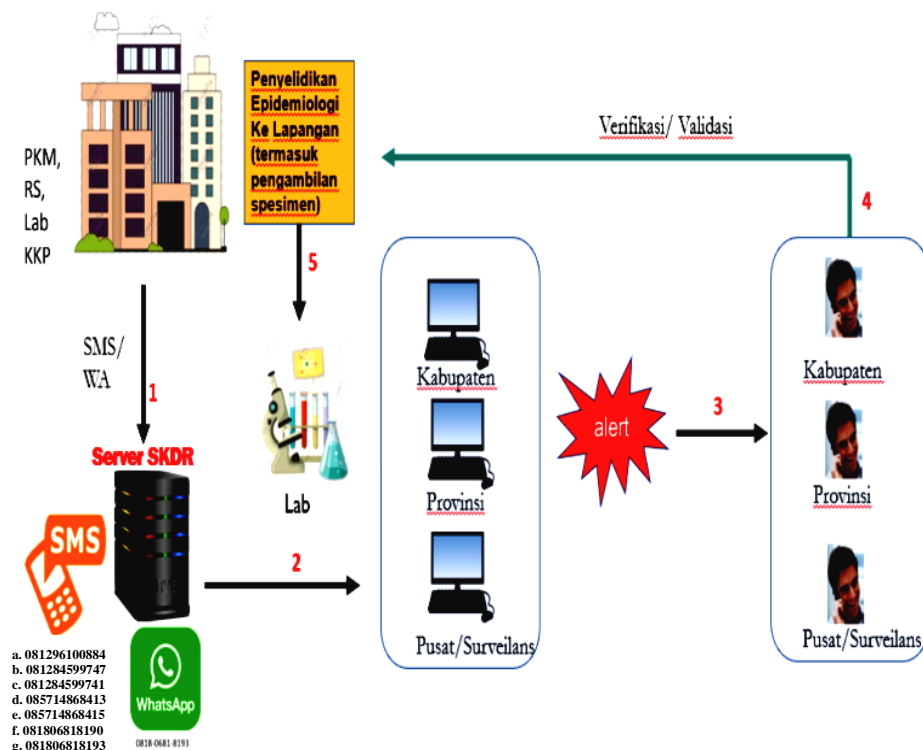
Data SKDR bersumber dari catatan Puskesmas serta jaringannya (Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling dan praktik bidan desa) maupun jejaring (UKBM / Usaha Kesehatan Bersumber daya Masyarakat, klinik, rumah sakit, tempat praktik mandiri tenaga kesehatan dan fasyankes lainnya), Rumah Sakit serta Laboratorium Kesehatan Masyarakat sementara KKP (Kantor Kesehatan Pelabuhan) terdaftar selaku asal data guna EBS (Event Based Surveillance) ataupun surveilans berdasar peristiwa. Laporan lain didapatkan dari masyarakat melalui aparat desa, kader, tokoh masyarakat serta swasta.

b. Sumber Data *Event Based Surveilans* (EBS)

Data EBS bisa berasal dari media (cetak, elektronik, digital), dari masyarakat seperti aparat desa, kader tokoh masyarakat bahkan swasta, Dinas Kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Pengiriman Data

Data agregat dari satuan pelapor disalurkan lewat SMS ataupun sarana pengiriman pesan berbasis jejaring sosial layaknya Whatsapp maupun WA ke Nomor Server SKDR ataupun melalui laman SKDR. Data pelaporan dianggap tepat waktu apabila data masuk waktu Senin - Selasa di rentang minggu pelaporan. Jika terdapat alert maupun tanda KLB maka rumah sakit ataupun puskesmas segera melaporkan pada sistem yang bisa dilaksanakan melalui daring ataupun luring. Selain data rutin mengenai gangguan potensial KLB, di SKDR terdapat pula pemberitahuan mengenai EBS yakni pemantauan yang berasal dari media seperti jejaring sosial, kabar daring ataupun isu yang bersumber dari publik.



Gambar 2.2 Mekanisme Pengiriman Laporan (Kemenkes RI, 2023)

3. Alur Data

Alur data laporan SKDR dengan periode pelaporan mingguan yang mulai dilaporkan setiap hari sabtu. Data yang dilaporkan merupakan hasil pelayanan dan pencatatan kasus yang terjadi selama satu minggu epidemiologi, yaitu mulai hari Minggu hingga hari Sabtu. (Kemenkes RI,2023).

Tabel 2.1 Jadwal pelaporan SKDR

Waktu	Unit dan Tingkat yang Bertanggung jawab	Koordinator	Cara Pengiriman
Sabtu Sore	Pustu, Bidan Desa kirim via SMS atau media sosial seperti WA (Whats App). Format Surveilans Mingguan ke puskesmas	Petugas kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pengumpulan data	Melalui SMS atau media sosial seperti WA atau cara lain
Senin s.d. Selasa	Data agregat Puskesmas dan data dilaporkan dengan menggunakan SMS atau media sosial WA ke Nomor Server SKDR atau langsung ke website SKDR	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas Surveilans di tingkat puskesmas Melalui SMS/ media sosial seperti WA, Melalui web SKDR • Petugas Surveilans di Tingkat Kabupaten bagi Puskesmas yang tidak dapat mengirimkan SMS/media sosial seperti WA. 	Melalui SMS/ media sosial seperti WA, Melalui web SKDR
	Data agregat Rumah Sakit dilaporkan dengan menggunakan SMS atau media sosial seperti WA ke Nomor Server SKDR atau langsung ke website SKDR	Petugas Surveilans di Rumah Sakit	Melalui web SKDR

Tabel 2.1 (lanjutan)

Waktu	Unit dan Tingkat yang Bertanggung jawab	Koordinator	Cara Pengiriman
Rabu s.d. Kamis	Petugas Surveilans Kabupaten, Provinsi serta Unit Pelapor melakukan : <ul style="list-style-type: none"> • Verifikasi data dan <i>alert</i> penyakit • Melengkapi daftar kasus penyakit yang teridentifikasi sebagai KLB • Membuat laporan dan analisa mingguan SKDR sebagai bahan deseminasi informasi dan <i>feedback</i> 	Petugas Surveilans Kabupaten, Provinsi Unit Pelapor dan Laboratorium	Melalui Email dan Media Sosial lainnya dikirimkan ke Petugas Puskesmas Provinsi, Unit Pelapor, Laboratorium dan Pusat
Jumat	Subdit Surveilans : <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan verifikasi informasi yang diperlukan, membuat laporan dan analisa mingguan SKDR • Membuat laporan dan analisa mingguan SKDR sebagai bahan deseminasi informasi dan <i>feedback</i> ke Provinsi 	Subdit Surveilans	Melalui Email dan Media Sosial lainnya dikirimkan ke Petugas Provinsi dan unit terkait di Kementerian Kesehatan

4. Pelaporan

Setiap unit pelapor yang akan melakukan pelaporan dengan SMS atau WA wajib mendaftarkan no telp/HP yang akan digunakan sebagai No Telp Petugas SKDR. Setiap unit pelapor menggunakan SMS/ media sosial seperti WA untuk melaporkan data mingguan sesuai format baku. Pencatatan pelaporan perlu mengikuti standar yang sama dalam pengiriman laporan menggunakan SMS/ media social.

Tiap satuan pelapor yang bakal melaksanakan laporan melalui SMS maupun *WhatsApp* mesti mendaftarkan no telpon / HP yang hendak dipakai sebagai nomor telepon pelapor. Tiap unit pelapor memakai

SMS / *WhatsApp* guna mengirimkan laporan setiap minggu menggunakan format standar. Pendokumentasian laporan wajib mematuhi pakem yang serupa dalam pelaporan memakai SMS / *WhatsApp*.

5. Analisis Data

Pelaksana SKDR bisa mengentri laporan, menyusun analisis simpel, memvalidasi alert maupun sinyal serta indikator standar. Bisa juga melakukan pelaporan langsung pada aplikasi web SKDR. Tiap satuan pelapor wajib mengamankan format mingguan W2 yang telah dilengkapi.

6. Monitoring

- a. Tingkat Kabupaten/Kota tiap hari Senin siang, pengelola melaksanakan pemeriksaan laporan yang masuk dari fasilitas pelayanan kesehatan. Pengelola akan menghubungi unit pelapor yang belum melaporkan.
- b. Tingkat Provinsi tiap hari Selasa siang, pengelola melaksanakan pemeriksaan laporan yang masuk dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota. Pengelola akan menghubungi pengelola SKDR untuk memperoleh informasi kelengkapan laporan.

Tiap bulan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi / Kabupaten / Kota akan melaksanakan rapat / pertemuan dengan seluruh satuan pelapor guna membedah perihal skema surveilans (penghimpunan data, pengiriman data, kualitas data, jumlah KLB dan lain-lain).

7. Umpan Balik (*Feed Back*)

Feedback disusun pada tiap tingkatan mulai dari Kementerian Kesehatan, Provinsi hingga Daerah. Respons balik tersebut bakal disalurkan dalam bentuk buletin bulanan yang di dalamnya mencakup:

- a. *Alert* (sinyal siaga)
- b. Informasi epidemiologi yang relevan
- c. Saran aktivitas yang disarankan untuk mengontrol suspek KLB
- d. Data laporan minggu yang lalu untuk mengendalikan KLB
- e. Indikator performa SKDR.

8. Verifikasi

Verifikasi mesti dilaksanakan pada *alert* yang timbul dari catatan rutin atau dari isu. Pelaksana SKDR Provinsi bakal melaksanakan kerjasama tim serta menghubungi pengelola daerah/kota guna melangsungkan klarifikasi atas *alert* yang terbaca ataupun isu/peristiwa kasus yang teridentifikasi/diperoleh.

Pada hari itu juga pengelola SKDR Provinsi berupaya mendapat hasil dari verifikasi/investigasi atas isu/peristiwa kasus ataupun sinyal dari pengelola surveilans Daerah/Kota tentang status yang terjadi (nyata atau tidak *alert*/ isu tersebut). Jika valid maka informasi yang mesti dipenuhi harus mengikuti format STP berbasis KLB.

2.1.5 Sistem Kewaspadaan Awal KLB di Indonesia

Dalam Permenkes Nomor 949 Tahun 2004, KLB yaitu terdapat data bertambahnya fenomena kesakitan maupun kematian yang berarti secara epidemiologis di wilayah dalam rentang khusus, sementara wabah ialah berjangkitnya sebuah gangguan menular dalam publik yang kuantitas penderitanya melonjak secara riil melampaui situasi yang lumrah pada saat dan area khusus serta sanggup memicu bencana. Perbedaan pokok wabah dan KLB yakni wabah meliputi kawasan yang lebih lapang, total penyakit lebih masif, durasi lebih panjang, dan akibat yang lebih kronis. KLB ataupun wabah gangguan tidak melulu dapat mengakibatkan timbulnya peningkatan kasus dan mortalitas yang tinggi, namun juga imbas pada pariwisata, ekonomi dan sosial. KLB ialah indikasi dini bakal terjadinya wabah, oleh sebab itu, penetapan KLB memegang peranan krusial selaku tahapan perdana guna menangkal timbulnya wabah.

Sistem Kewaspadaan Dini KLB ialah tanggap awal terhadap kasus beresiko KLB beserta factor faktor pengaruhnya melalui aplikasi teknologi pengamatan epidemiologi dan digunakan untuk memperkuat sikap respons kesiapsiagaan, upaya-upaya prevensi serta langkah penanggulangan peristiwa luar biasa yang tangkas serta akurat (Kemenkes RI,2023).

Dibawah ini ialah 24 penyakit atau tersangka penyakit yang menjadi indikator resiko KLB dan padanan kasus yang tertuang pada ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases*) serta harus dilaporkan.

Tabel 2.2 Padanan ICD 10 tersangka penyakit berpotensi KLB

Kode SKDR	Penyakit	Kode ICD-10
A	Diare Akut	A02, A04, A08, A09
B	Malaria Konfirmasi	B50, B51, B52, B53, B54
C	Suspek <i>Dengue</i>	A90, A91
D	Pneumonia	J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18
E	Diare Berdarah / Disentri	A03, A06
F	Suspek Demam Tifoid	A01
G	Sindrom Jaundice Akut	A95, B15, B17, R17
H	Suspek Chikungunya	A92.0
J	Suspek Flu Burung Pada Manusia	J09
K	Suspek Campak	A02.9, A27, A32, A38, A39, A51.3, A51.4, A69.2, A75.2, A77, A90, B00, B05, B06, B08.2, B16, B20, B27.9, B34.0, B34.3, B38, J15.7, M30.3, R50.2
L	Kasus Observasi Difteri	A.36
M	Suspek Pertusis	A37
N	<i>Acute Flacid Paralysis</i> (AFP)	A80, G54, G56, G57, G61.0, G61.8, G62, G63.0, G70.0, G70.1, G72.3, G73.4, G73.5, G73.6, G73.7, G81.0, G82.0, G82.3, G83.0, G83.1, G83.2
P	Gigitan Hewan Penular Rabies	A82, W54, W55, Z20.3
Q	Suspek Antrax	A22
R	Suspek Leptospirosis	A27
S	Suspek Kolera	A00

Tabel 2.2 (lanjutan)

Kode SKDR	Penyakit	Kode ICD-10
U	Suspek Meningitis / Encephalitis	A20.3, A83, A84, A85, A86, A87, A88, A89, G00, G01, G02, G03, G04, G05, G06, G07
V	Suspek Tetanus Neonatorum	A33
W	Suspek Tetanus	A35
Y	ILI (Penyakit Serupa Influenza)	J09, J10, J11
Z	Suspek HFMD	B08.4
AA	ISPA	J00, J01, J02, J03, J04, J06, J06.9
AC	Covid-19 Konfirmasi	U07.1, U07.2
X	Total Kunjungan	

2.1.6 Faktor-Faktor Efektivitas SKDR

Menurut Edgar F. Huse dan James L. Bowditch, sistem merupakan suatu rangkaian bagian yang saling berhubungan dan saling bergantung, sehingga setiap bagian dapat berinteraksi serta memberikan pengaruh terhadap bagian lainnya maupun terhadap keseluruhan sistem. Dengan demikian, sistem dapat diartikan sebagai sekumpulan prosedur yang saling berkaitan dalam satu kesatuan dan bekerja sesuai ketentuan tertentu guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Purnawati et al, 2024).

Sistem merupakan gabungan dari beberapa komponen yang saling bekerja sama untuk melaksanakan suatu fungsi atau pekerjaan tertentu. Komponen-komponen tersebut dapat beroperasi secara mandiri maupun saling berhubungan dan berkesinambungan antara satu dengan lainnya. Dalam teori sistem dijelaskan bahwa suatu sistem tersusun atas komponen yang saling berkaitan, meliputi input, proses, dan output (Hedwig, 2017).

Menurut Fatkhudin (2020), Kegiatan SKDR bisa dilaksanakan secara efektif bila factor-faktor programnya berjalan dengan baik. Sistem yang mendukung program terbentuk dari komponen *input*, proses, dan *output*. Dalam konteks ini, SKDR merupakan sistem yang menerima *input*

berupa SDM dan teknologi, menjalankan proses pelaporan, dan menghasilkan *output* berupa efektivitas SKDR yang merupakan kemampuan deteksi dini kejadian luar biasa (KLB). Komponen sistem antara lain :

1. *Input* (Masukan)

Input (Masukan) ialah segala sesuatu termasuk bagian sistem yang akan jadi bahan pada proses. Hal tersebut bisa berbentuk hal-hal yang berwujud (tampak secara fisik) ataupun tidak tampak. *Input* ialah segala sesuatu yang dibutuhkan agar SKDR bisa berjalan dengan baik, meliputi :

a. Sumber Daya Manusia

- Tingkat Pendidikan dan Kompetensi Petugas

Dalam konteks pelaporan SKDR, kompetensi petugas mencakup pengetahuan tentang prosedur SKDR dan sikap terhadap pentingnya pelaporan penyakit menular. Menurut Notoatmodjo (2018), pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia terhadap suatu objek melalui indera yang dimilikinya (mata, telinga, hidung, dan sebagainya), yang sebagian besar diperoleh melalui proses pendidikan serta pengalaman. Dalam konteks penelitian SKDR, pengetahuan petugas bisa diperoleh melalui pendidikan, pelatihan, pengalaman kerja, dan sumber informasi lainnya, serta memengaruhi kemampuan mereka dalam melaksanakan tugas pelaporan dan respons terhadap penyakit menular berpotensi KLB. Pelaporan yang tidak optimal seringkali disebabkan oleh kurangnya pelatihan atau beban kerja yang tinggi.

Menurut Badan Pusat Statistik (2023), tingkat pendidikan juga dapat dikelompokkan berdasarkan ijazah tertinggi yang dimiliki seseorang, seperti : tidak/belum sekolah, tidak tamat SD, tamat SD/ sederajat, tamat SMP/ sederajat, tamat SMA/ sederajat, dan perguruan tinggi.

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap cara berpikir, kemampuan mengambil keputusan, dan perilaku dalam kehidupan sehari-hari, termasuk dalam konteks pekerjaan dan kesehatan. Semakin tinggi taraf pendidikan seseorang, biasanya akan semakin tinggi juga kemampuan dalam menerima, memahami dan menerapkan informasi yang diperoleh.

Dengan demikian, tingkat pendidikan dapat diartikan sebagai ukuran atau jenjang pencapaian seseorang dalam mengikuti proses pendidikan formal yang berimplikasi pada kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotorik yang dimilikinya.

- Masa Kerja

Menurut Hasibuan (2019), masa kerja merupakan lamanya seseorang bekerja pada suatu organisasi yang menunjukkan tingkat pengalaman dan loyalitasnya terhadap pekerjaan. Masa kerja dapat memengaruhi kinerja karena semakin lama seseorang bekerja, semakin banyak pengalaman dan pengetahuan yang dimilikinya dalam menyelesaikan berbagai permasalahan di tempat kerja. Dalam konteks penelitian bidang kesehatan masyarakat, masa kerja petugas kesehatan sering dikaitkan dengan tingkat kompetensi, kepatuhan terhadap prosedur, serta efektivitas pelaksanaan program kesehatan.

Dengan demikian, masa kerja dapat diartikan sebagai durasi waktu yang mencerminkan pengalaman kerja seseorang dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya di suatu organisasi.

- Tugas rangkap

Menurut Andriani dan Rahmawati (2023), tugas rangkap adalah kondisi di mana seseorang menjalankan dua atau lebih tugas, peran, atau jabatan secara bersamaan—baik dalam organisasi, pemerintahan, maupun sektor swasta. Dalam konteks pemerintahan, hal ini dikenal sebagai rangkap jabatan, misalnya ketika seorang pejabat menduduki dua posisi publik sekaligus.

Dampak dan implikasi tugas rangkap antara lain menyebabkan ketidakefektifan dalam berkerja. Beban berlebih bisa menyebabkan kinerja menurun atau pengelolaan tugas tidak maksimal.

Menurut Kurniawan dan Saputra (2023), dalam suatu organisasi, rangkap kerja (*multiple concurrent roles*) sering muncul untuk memenuhi kebutuhan SDM atau efisiensi, khususnya di perusahaan kecil. Motivasi meliputi tujuan finansial, loyalitas, atau membangun jaringan (*networking*). Meski membawa dinamika profesional seperti peningkatan keterampilan, tetap perlu diwaspadai potensi kelebihan beban dan penurunan kualitas *output*.

b. Sarana dan Prasarana

Sarana Prasarana seperti komputer/perangkat pelaporan, jaringan internet, dan alat komunikasi sangat penting dalam pelaporan mingguan. Keterbatasan fasilitas dapat memperlambat proses pengiriman laporan (Setiawan & Prasetyo, 2020). Dalam SKDR, hal ini mencakup ketersediaan komputer/perangkat pelaporan, jaringan internet, akses aplikasi pelaporan, ketersediaan listrik/genset, formulir SKDR dan alat komunikasi serta pelatihan bagi petugas surveilans.

2. Proses

Proses merupakan bagian yang melakukan perubahan atau pengolahan transformasi dari masukan menjadi keluaran yang berguna. Proses adalah rangkaian kegiatan atau mekanisme pelaksanaan dari *input* untuk mencapai *output* yang diinginkan. Proses dalam SKDR yaitu dimulai dari Pengumpulan dan pelaporan data mingguan penyakit menular, pengolahan data, analisis data untuk mendeteksi sinyal (*alert*) KLB, umpan balik, monitoring serta verifikasi data SKDR di tingkat puskesmas dan kabupaten. Dalam konteks SKDR, pelaporan

penyakit menular menjadi elemen penting karena laporan yang akurat dan cepat memungkinkan respon dini terhadap potensi KLB (Kemenkes RI, 2022).

3. *Output* (Keluaran)

Output adalah hasil akhir dari sistem, yaitu efektivitas sistem SKDR yang diukur melalui indikator ketepatan waktu pelaporan, kelengkapan laporan, kecepatan respon terhadap kejadian luar biasa, ketepatan deteksi penyakit dan tindak lanjut yang dilakukan (Kemenkes RI, 2023).

Data yang diolah diklasifikasikan menjadi keluaran yang berguna. Keluaran yang dihasilkan dalam bentuk informasi. Dimana informasi ini dapat juga dijadikan sebagai masukan yang berguna untuk pengambilan Keputusan ataupun hal lain yang merupakan *input* bagi sub sistem lain (Purnawati, 2024).

2.1.7 Evaluasi Efektivitas Program

Evaluasi ialah suatu mekanisme yang bertujuan untuk menggambarkan dan memperoleh informasi yang bermanfaat dalam menentukan berbagai alternatif keputusan. Terdapat tiga hal utama dalam evaluasi. Pertama, evaluasi dipandang sebagai suatu sistem yang berfungsi untuk mengumpulkan informasi yang relevan guna mendukung pengambilan keputusan sehingga pelaksanaan program dapat ditarafkan. Kedua, mekanisme evaluasi mencakup tiga fasean pokok, yaitu merumuskan pertanyaan untuk memperoleh data, mengumpulkan informasi yang relevan, serta menetapkan keputusan bagi keberlanjutan program. Ketiga, evaluasi berperan sebagai mekanisme dalam menentukan keputusan yang tepat. Dalam penelitian ini, digunakan bagian dari model evaluasi yaitu *Logical Framework* ataupun kerangka kerja logis.

Logical Framework dapat juga digunakan untuk melihat keberhasilan ataupun ketidaktercapaian suatu program. Logical Framework pada

umumnya terdiri dari empat komponen utama yaitu :1) masukan (*inputs*), 2) keluaran (*outputs*), 3) hasil (*outcomes*), dan 4) dampak (*impact*) (Bappenas, 2010). Fitzpatrick (2011) menjelaskan *logic model* terdiri atas empat unsur utama yakni *inputs*, *activities*, *output*, dan *outcome program*. *Outcome* ialah tujuan jangka panjang program sedangkan *output* ialah dampak langsung program dari pelaksanaan program.

Input (masukan) misal anggaran rencana yang lazimnya dalam rupa pendanaan tahunan, sarana bagi pegawai/ staf, semua alat yang dibutuhkan demi eksekusi rencana, *activities* (kegiatan) misal kurikulum, jadwal pertemuan, edukasi pegawai/staf SDM dan segenap bagian krusial dalam rencana, *outputs* ialah perolehan instan atau hasil jangka pendek yakni produk langsung dari penyelenggaraan rencana dan *outcomes* ialah perolehan jangka menengah serta hasil jangka panjang misal kemajuan partisipan usai rencana tuntas dijalankan. Tiap elemen kerangka logis saling bertalian. Maknanya asupan rencana bakal mendominasi mekanisme rencana, mekanisme rencana bakal memengaruhi produk rencana, produk rencana bakal menentukan hasil rencana, dan hasil rencana bakal memengaruhi dampak jangka panjang rencana (Barau & Olukosi, 2011).

Unsur yang akan dievaluasi dalam model evaluasi logical framework yakni :

- 1) Perolehan rencana, capaian rencana tersusun atas sasaran, maksud, dan produk. Sasaran ialah hasil tertinggi dari rencana yang telah diselenggarakan. Maksud yakni tujuan eksekusi rencana yang telah dijalankan. Sementara produk terdiri dari kreasi, barang maupun jasa selaku perolehan dari aktivitas.
- 2) Mekanisme program berupa aktivitas ataupun tindakan yang dilaksanakan sehingga input digunakan untuk menghasilkan keluaran yang sesuai dengan tujuan program.
- 3) Input program yaitu keuangan, manusia, sumberdaya material yang diperlukan untuk melakukan suatu kegiatan (Hussain, 2013).

2.2 Penelitian Terdahulu

Penelitian ini didukung oleh sejumlah penelitian terdahulu yang relevan dengan variabel yang diteliti. Berikut penelitian terdahulu yang terdapat dalam berbagai jurnal penelitian pada Tabel 2.3 :

Tabel 2.3 Penelitian terdahulu

No	Nama dan Tahun	Variabel Independent	Variabel Dependent	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Fitriani <i>et al.</i> 2023	Pemanfaatan teknologi digital SKDR (generasi V1 dan V2)	Capaian indikator SKDR: • Ketepatan laporan • Kelengkapan laporan • Respons <i>alert</i>	Data laporan dari 38 provinsi seluruh Indonesia melalui <i>dashboard</i> SKDR (data sekunder)	Studi deskriptif, analisis data sekunder dari <i>dashboard</i> pelaporan SKDR Kementerian Kesehatan	SKDR generasi V2 menunjukkan peningkatan capaian indikator: • Ketepatan laporan meningkat dari 5,25% (2021) menjadi 28,95% (2022) • Kelengkapan laporan meningkat dari 10,52% (2021) menjadi 81,58% (2022) • Respons <i>alert</i> meningkat dari 55% (2016) menjadi 70% (2019). Teknologi digital SKDR terbukti meningkatkan sistem kewaspadaan dini nasional, namun masih ada kendala jaringan di wilayah tertentu.
2	Salastionur & Alnur. 2024	- Karakteristik petugas (pendidikan, masa kerja) - Sosialisasi dan pelatihan - Dana	Efektivitas pelaksanaan SKDR (<i>input</i> , proses, <i>output</i> : ketepatan & kelengkapan laporan)	28 Puskesmas (<i>exhaustive sampling</i>)	Kuantitatif deskriptif observasional (Literatur Review)	Kelengkapan laporan baik ($\geq 90\%$). Ketepatan masih di bawah target. Masa kerja petugas SKDR puskesmas hampir semuanya sudah lama sebagai petugas SKDR dan jumlah petugas sudah

Tabel 2.3 (lanjutan)

No	Nama dan Tahun	Variabel Independent	Variabel Dependent	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
		- Sarpras - Proses pelaporan dan validasi				sesuai masing-masing puskesmas memiliki 1 petugas. Variabel yang belum sesuai dan perlu ditingkatkan lagi yaitu latar belakang pendidikan belum semua epidemiologi. Sarana & dana, tugas rangkap, pelatihan belum memadai.
3	Syahrani. 2024	Implementasi dan tantangan	Efektivitas SKDR deteksi dini KLB	Terdapat 8 artikel yang digunakan dalam analisis setelah dilakukan seleksi artikel	<i>Sistematik Review</i>	Hasil studi menunjukkan bahwa SKDR efektif dalam memberikan <i>alert</i> yang mencegah KLB, namun implementasinya memiliki hambatan, seperti keterbatasan infrastruktur teknologi, ketidaksihinggaan data antarunit pelaporan dan sumber daya manusia. Kendala lain mencakup kurangnya alokasi dana operasional untuk mendukung pelaporan mingguan dan hambatan geografis di wilayah tertentu. Monitoring dan evaluasi menjadi aspek penting dalam meningkatkan kinerja petugas surveilans, tetapi membutuhkan dukungan lebih kuat, baik dalam bentuk insentif maupun pelatihan.
4	Andiarsa <i>et al.</i> 2023	Waktu respon, jenis penyakit <i>alert</i> , jumlah & jenis tindakan (penyuluhan,	Tingkat respons SKDR terhadap <i>alert</i> penyakit potensial KLB	24 <i>alert</i> dari 17 puskesmas di Bondowoso tahun 2021	Studi deskriptif kuantitatif (data sekunder SKDR)	Sebagian besar <i>alert</i> mendapat respon cepat (≤ 24 jam). Tindakan paling umum adalah penyuluhan dan investigasi kasus.

Tabel 2.3 (lanjutan)

No	Nama dan Tahun	Variabel Independent	Variabel Dependent	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
5	Andiarsa & Hidayat. 2023	Manajemen data pelaporan (kelengkapan, ketepatan, integrasi, kesiapan) <i>investigasi</i>	Validitas dan efektivitas instrumen evaluasi SKDR	Petugas SKDR di 2 kabupaten (Tanah Bumbu & Banjar)	<i>Cross-sectional</i> , Analisis Univariat	Instrumen <i>valid</i> di Banjar, tidak valid di Tanah Bumbu. Banjar menjalankan pelaporan sesuai SOP, Tanah Bumbu tidak.
6	Adriansyah <i>et al.</i> 2020	Modifikasi Malcolm Baldrige yaitu komponen manajemen pengetahuan, manajemen proses, kepemimpinan, manajemen stratejik dan fokus sumber daya	Hasil pelaksanaan SKDR kasus DBD	37 responden dari Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Kader Jumantik	Kuantitatif <i>Cross-sectional</i> , Analisis Univariat dan Kualitatif (Wawancara)	Komponen dengan skor kecil yaitu penggunaan teknologi yang tidak mendukung proses dan tidak dapat memberikan <i>alert</i> , pemahaman kader terhadap rencana stratejik dan target penanggulangan DBD, perhatian pimpinan pada insentif petugas, kepuasan kader dalam pelaporan PJB dan kasus DBD serta penurunan angka kasus yang belum mencapai target. Kendala SKDR kasus DBD mendorong Dinas Kesehatan bisa melaksanakan rencana dalam menunjang pelaporan SKDR kasus DBD seperti peran kader dan insentif yang diberikan kepada kader maupun petugas yang berprestasi.
7	Sari. 2020	<i>Input</i> (SDM, sarana prasarana, dana) Proses (pelaporan SKDR)	Efektivitas pelaksanaan SKDR	10 puskesmas dan 1 Dinkes Kota Makassar sebanyak 34 responden	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Pelaporan SKDR belum optimal. Masih ada keterlambatan, pelatihan kurang, dan sarana belum merata.

Tabel 2.3 (lanjutan)

No	Nama dan Tahun	Variabel Independent	Variabel Dependent	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
8	Desita. 2022	<p><i>Output</i> (ketepatan, kelengkapan laporan)</p> <p>Input (sumber daya manusia, dana, sarana), proses (pengumpulan data, kompilasi data, analisis dan interpretasi data) dan output (informasi, diseminasi laporan, dan umpan balik)</p>	Efektivitas pelaksanaan surveilans malaria	4 puskesmas di Kabupaten Pesisir Selatan	Kualitatif dengan analisis deskriptif	Sistem surveilans malaria belum berjalan optimal. Keterbatasan SDM, tugas rangkap, dan belum ada pelatihan mendalam menjadi kendala utama. Anggaran dan sarana belum memadai. Komponen proses cukup baik, komponen output informasi yang dihasilkan hanya berupa laporan hasil analisis sederhana yang sama setiap bulan dan tahun, serta tidak ada penerbitan bulletin surveilans epidemiologi tahunan.
9	Winkasari <i>et al.</i> 2019	Sumber daya manusia, Sarana prasarana, Dana, Perencanaan dan pelaksanaan program	Efektivitas program EWARS (SKDR)	Total populasi yang terdiri dari 7 orang (6 petugas Puskesmas dan 1 dari Dinas Kesehatan Kota Salatiga)	Deskriptif analitik dengan pendekatan evaluasi (<i>input–proses–output–outcome</i>); teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner dan wawancara	Program EWARS (SKDR) belum optimal. Masih ditemukan masalah pada SDM (tugas rangkap, belum pernah pelatihan), dana terbatas, belum semua Puskesmas memiliki buku pedoman. Pelaporan rutin dilakukan, namun tidak tepat waktu. KLB masih terjadi tiap tahun dan belum tersedia bulletin epidemiologi.

Tabel 2.3 (lanjutan)

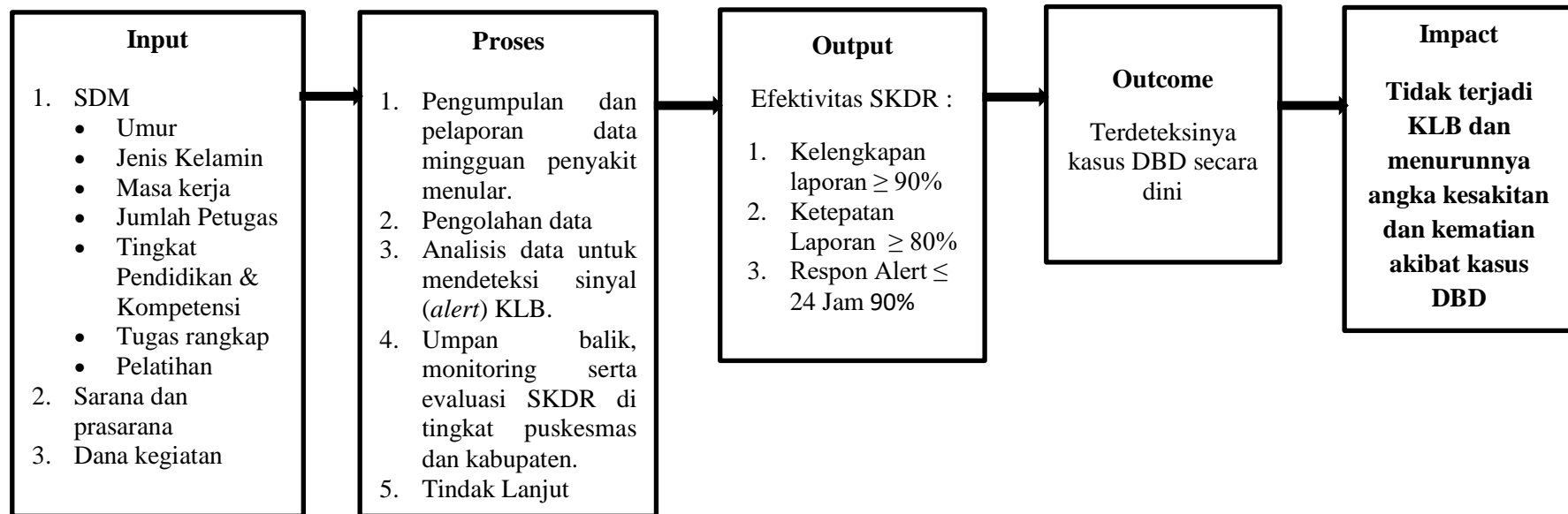
No	Nama dan Tahun	Variabel Independent	Variabel Dependent	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
10	Apriliyana <i>et al.</i> 2021	Pemanfaatan Teknologi Digital	Kesehatan Masyarakat / Generasi Indonesia yang Sehat	Tidak ada sampel spesifik (kajian literatur, bukan penelitian empiris)	<i>Literature Review</i>	Pemanfaatan teknologi digital berpotensi besar dalam meningkatkan kesehatan masyarakat jika digunakan secara bijak dan tepat.
11	Suharmida. 2018	Komponen <i>input</i> (SDM, dana, sarana prasarana), proses (pengumpulan, pengolahan, penyajian, analisis data, umpan balik, monitoring dan evaluasi)	<i>output</i> (ketepatan, kelengkapan laporan, <i>alert</i> dan respon)	8 orang yaitu Kepala Seksi Surveilans dinas kesehatan, kepala Puskesmas dan Petugas EWARS (SKDR)	Kualitatif deskriptif dengan analisis univariat	Komponen <i>input</i> , pendanaan berasal dari BOK, petugas memiliki kerja rangkap. Komponen proses, pengumpulan data di Puskesmas rata rata berasal dari rawat jalan Puskesmas, seluruh Puskesmas tidak memiliki aplikasi SKDR, entri data menyalin melalui SMS lalu dikirim ke pusat, penyajian data dalam bentuk grafik, pelaporan setiap senin pagi, kegiatan umpan balik dengan mengirim bulletin mingguan di grup whatsapp dan mengingatkan Puskesmas yang terlambat atau belum mengirim laporan, kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan 2 kali setahun dalam bentuk BIMTEK dan pertemuan. Komponen <i>output</i> , ketepatan dan kelengkapan laporan telah sesuai dengan pedoman SKDR dan pihak Dinkes langsung melakukan respon apabila terdapat <i>alert</i> . Secara keseluruhan pelaksanaan SKDR di Puskesmas Padang Selasa dan Puskesmas Sako telah berjalan

Tabel 2.3 (lanjutan)

No	Nama dan Tahun	Variabel Independent	Variabel Dependent	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
12	Nanda. 2018	Kapasitas (umur, lama tugas, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, tugas ragkap, frekuensi pelatihan, ketersediaan sarana dan ketersediaan insentif)	Kualitas data SKDR	30 puskesmas di Kota Padang dan Kota Payakumbuh. Responden : petugas SKDR	<i>Cross sectional</i> menggunakan univariat, bivariat pakai uji <i>chi-square</i> dan uji-t	dengan lancar hanya saja memiliki beberapa kendala salah satunya alokasi dana dan pelaporan diwilayah kerja Puskesmas. Perlunya sosialisasi dan alur yang jelas mengenai pelaporan SKDR. Sebagian besar puskesmas belum merangkum data dari Klinik Swasta, 16,67% responden memakai aplikasi pengolah data, entri data / kasus penyakit telah dilakukan sesuai indikator, 86,67% melakukan validasi data dan 13,33% tidak sesuai indikator pelaporan data. Penyajian data dengan grafik, analisis data secara deskriptif, umpan balik dan evaluasi oleh dinas kesehatan dilakukan setiap minggu.

2.3 Kerangka Pikir

Dari tinjauan pustaka berbagai teori dan penelitian terdahulu sebelumnya, maka disusun rancangan kerangka pikir sebagai berikut :



Gambar 2.3 Kerangka pikir faktor-faktor efektivitas SKDR kasus DBD (Sumber : Modifikasi Model Logic Framework Menurut Kellogg Foundation, 2004; Kemenkes RI, 2023)

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus (*case study*). Menurut Sugiyono (2019), penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *postpositivisme*, yang digunakan untuk meneliti kondisi objek yang alamiah (*natural setting*), di mana peneliti adalah instrumen kunci. Penelitian ini dilakukan dengan mengumpulkan data yang bersifat deskriptif, yaitu berupa kata-kata, gambar, dan bukan angka. Sugiyono (2019) juga menjelaskan bahwa penelitian kualitatif digunakan untuk memahami fenomena secara mendalam mengenai apa yang dialami oleh subjek penelitian, seperti perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain, secara holistik dan kontekstual, melalui pendeskripsian dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks alamiah yang khas serta dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah.

Metode studi kasus digunakan karena penelitian ini berfokus pada satu kasus tertentu, yaitu pelaksanaan SKDR dalam mendeteksi lonjakan kasus DBD di Kabupaten Tulang Bawang Barat, yang dikaji secara mendalam dan menyeluruh.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat Penelitian dilakukan di Puskesmas Panaragan Jaya, Puskesmas Mulya Asri dan Puskesmas Candra Mukti Kabupaten Tulang Bawang Barat. Pengumpulan data dilakukan bulan Oktober – Desember 2025. Data sekunder diperoleh dari observasi laporan SKDR dari minggu pertama Bulan Januari 2025 – minggu ke-40 Bulan September 2025.

3.3 Informan Penelitian

Pada penelitian kualitatif, informan memainkan peran penting, khususnya mereka yang memberikan informasi yang kuat dan dapat diandalkan mengenai subjek penelitian. Dalam penelitian kualitatif, identifikasi informan dilakukan dengan strategi *purposive sampling*, yaitu proses pengumpulan data yang mengandalkan kriteria tertentu. Kesulitan-kesulitan yang disebutkan berkaitan dengan mereka yang memiliki keahlian, pemahaman, dan yurisdiksi maksimal mengenai pokok bahasan penelitian. Pengetahuan khusus ini memudahkan peneliti dalam meneliti objek atau keadaan sosial yang diteliti (Sugiyono, 2016).

Informan yang dipilih untuk penyelidikan ini memiliki ciri-ciri berikut:

1. Memiliki pengetahuan dan pengalaman langsung dalam pelaksanaan SKDR di tingkat desa, puskesmas, maupun dinas kesehatan.
2. Terlibat secara aktif dalam proses pelaporan, pemantauan, dan respons terhadap penyakit menular terutama DBD.
3. Mampu memberikan informasi yang akurat, mendalam, dan relevan mengenai pelaksanaan SKDR, termasuk kendala dan faktor pendukungnya.
4. Bersedia dan memiliki waktu untuk diwawancarai secara mendalam oleh peneliti.
5. Memiliki kompetensi dan otoritas dalam bidang surveilans, kesehatan masyarakat, maupun pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.

Tabel 3.1 Distribusi jumlah informan

No	Informan	Jumlah
1	Kader Desa	4 Informan
2	Bidan Desa	4 Informan
3	Surveilans Puskesmas	3 Informan
4	Surveilans Dinas Kesehatan	1 Informan
5	Kepala Puskesmas Candra Mukti	1 Informan
6	Kepala Tiyuh Penunangan	1 Informan
Jumlah		14 Informan

3.4 Variabel Penelitian

Variabel pada penelitian ini ialah *input*, *proses*, *output* evaluasi efektivitas SKDR.

3.5 Metode Pengumpulan Data

3.5.1. Instrumen Penelitian

Dalam pengumpulan data, penelitian ini akan menggunakan dua macam sumber data yaitu: data sekunder dan data primer.

1. Data Sekunder

Data sekunder berkaitan dengan materi yang membantu menjelaskan masalah penelitian. Data yang didapatkan secara tidak langsung yang berasal dari sumber tekstual, termasuk jurnal ilmiah, literatur, buku, laporan mingguan SKDR serta beragam kumpulan data yang mencakup topik terkait kesehatan terutama berkaitan dengan penelitian ini.

2. Data Primer

Data primer yaitu informasi yang dikumpulkan langsung dari sumber asli dan dijadikan dasar untuk melakukan penelitian. Hal ini sering kali dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan individu yang memiliki pengetahuan tentang topik penelitian. Pendekatan melakukan wawancara mendalam (*in-depth interview*) melibatkan penggunaan pedoman wawancara yang terdiri dari serangkaian pertanyaan terbuka berkaitan dengan topik penelitian. Wawancara ini dilakukan secara luring bertemu langsung, sehingga peneliti dapat merekam langsung tanggapan informan dengan menggunakan kamera, catatan lapangan serta alat perekam suara.

a) Pedoman wawancara digunakan untuk memastikan bahwa wawancara berpusat pada rumusan masalah dan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan penelitian dan teori yang berkaitan dengan permasalahan yang diteliti dalam penelitian ini.

- b) Alat perekam berfungsi sebagai alat bantu pada saat wawancara untuk meningkatkan konsentrasi peneliti dan memperlancar proses pengumpulan data. Hal ini memungkinkan wawancara tidak terputus tanpa perlu jeda dan mendokumentasikan secara manual setiap pernyataan yang dibuat oleh informan. Alat perekam digunakan setelah mendapatkan persetujuan informan.
- c) Peneliti menggunakan kamera untuk melakukan dokumentasi dengan memotret data-data yang diperlukan dari tempat penelitian. Kamera digunakan untuk mengambil foto selama dan setelah wawancara, yang berfungsi sebagai bukti bahwa penelitian telah dilakukan.
- d) Catatan lapangan berfungsi sebagai catatan observasi dan data yang dikumpulkan peneliti sendiri selama kegiatan pengumpulan data dengan wawancara, dokumentasi serta observasi dengan informan.

3.5.2. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian kualitatif dilakukan untuk menyelidiki karakteristik perilaku dan kondisi lingkungan yang diteliti. Bukti yang digunakan untuk mengungkap fenomena ini terdiri dari observasi empiris dan wawancara mendalam. Untuk menjamin keakuratan dan keandalan data yang dikumpulkan, disarankan untuk terlibat langsung dengan subjek penelitian untuk tujuan pengumpulan data. Peneliti menggunakan wawancara mendalam dengan informan dan dokumentasi sebagai metode pengumpulan data.

1. Wawancara Mendalam (*In-depth Interview*)

Wawancara adalah percakapan timbal balik yang dilakukan antara dua individu, yaitu pewawancara yang mengajukan pertanyaan, dan orang yang diwawancarai yang memberikan jawaban atas pertanyaan tersebut. Metodologi wawancara yang digunakan dalam hal ini adalah metode sistematis yang melibatkan partisipasi kedua belah pihak. Wawancara dilakukan untuk mengumpulkan data dan

informasi berkaitan dengan efektivitas SKDR dalam Mendeteksi Penyakit Menular Berpotensi Kejadian Luar Biasa.

2. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan untuk menganalisis konten tekstual, termasuk dokumen, video, foto, dan grafik yang berkaitan dengan pengoperasian suatu program (Sugiyono, 2019). Dokumentasi dilakukan untuk mendapatkan data tambahan yang menambah pengetahuan yang diperoleh dari wawancara.

3. Observasi

Observasi ialah strategi penghimpunan data yang melibatkan pemeriksaan secara dekat perilaku manusia, mekanisme kerja, fenomena alam, dan individu yang diteliti. Penelitian ini melibatkan peneliti yang melakukan observasi langsung untuk mengumpulkan data empiris di lapangan (Sugiyono, 2019).

3.6 Proses Pengumpulan Data

Prosedur Pengambilan Data yang dilakukan oleh Peneliti menerapkan metode pengumpulan data dengan cara sebagai berikut:

1. Mengajukan persetujuan etik (*ethical approval*) kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Malahayati Bandar Lampung
2. Mengajukan permohonan izin penelitian ke Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
3. Mendapatkan surat izin survei dari kampus dan menyerahkannya ke Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat. Selanjutnya menerima surat tanggapan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat.
4. Menyerahkan surat pengesahan penelitian kepada Puskesmas yang dijadikan tempat penelitian dalam rangka pelaksanaan survei awal.
5. Menghubungi staf administrasi Puskesmas
6. Data diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi dan analisis dokumen bersama informan. Data yang dikumpulkan dapat diklasifikasikan sebagai data primer atau sekunder.

3.7 Analisis Data

Setelah pengumpulan data dilaksanakan, data yang telah dikumpulkan selanjutnya diolah dan dianalisis. Analisis Tematik merupakan proses bagi peneliti untuk mengidentifikasi, menganalisis, melaporkan data dalam bentuk tema atau pola berbentuk kesimpulan dan interpretasi. Analisis tematik terdapat kegiatan inti yaitu *coding*, pemilahan data, dan pengelompokan data dan bisa menghasilkan data yang rinci dan mendalam (Najmah *et al.*, 2023).

Analisis data ialah mekanisme menelusuri dan merangkai secara teratur data yang didapat dari hasil tanya jawab, catatan area, dan dokumentasi melalui cara mengatur data ke dalam kelompok, menguraikan ke dalam bagian-bagian, melakukan draf menyusun ke dalam corak, menyeleksi mana yang krusial dan yang bakal dialami serta menyusun simpulan supaya gampang dimengerti oleh diri sendiri maupun pihak lain. Sebelum membedah data yang telah terhimpun, maka data tersebut akan penulis peroleh dengan cara data *reduction* (reduksi data), data *display* (penyajian data), dan *conclusion drawing/verification*, kemudian dilakukan triangulasi.

Miles dan Huberman menyatakan bahwa analisis data dalam penelitian kualitatif meliputi tiga tahapan kegiatan yang berlangsung secara bersamaan. Adapun ketiga tahapan dalam analisis data kualitatif tersebut adalah sebagai berikut. (Miles dan Huberman, 2021) :

1. Reduksi Data

Reduksi data, ataupun mekanisme seleksi yang dilaksanakan penulis berfokus pada simplifikasi, pengabstraksian dan mentransformasikan data mentah yang muncul dari memo-memo yang tertulis di lapangan. Reduksi data sanggup dimaknai sebagai sebuah aktivitas yang berupa meringkas, menyeleksi hal-hal yang pokok, menitikberatkan pada hal-hal yang krusial, serta ditelusuri tema maupun coraknya. Dengan demikian, data yang bakal direduksi sanggup memberikan deskripsi yang lebih gamblang dan sanggup memperlancar peneliti dalam melangsungkan pengumpulan data berikutnya. Selain itu, dengan mereduksi data peneliti juga bakal lebih gampang dalam menelusuri data tersebut bila dibutuhkan. Reduksi data ialah suatu wujud analisis yang bertujuan guna mempertajam,

mengelompokkan, mengarahkan, mengeliminasi yang tidak perlu, dan mengatur data dengan cara yang sedemikian rupa, hingga simpulan-simpulan akhirnya sanggup diambil dan divalidasi.

Dalam teknik riset ini, penulis bermaksud meringkas, menyeleksi, serta mendata data yang dinilai krusial dan dibutuhkan bagi riset. Data yang penulis dapatkan diperoleh dari hasil tanya jawab yang dilaksanakan oleh peneliti kepada informannya bisa diambil dan divalidasi.

2. Penyajian Data

Penyajian data ialah aktivitas yang dilaksanakan melalui pengumpulan banyak informasi dan disusun untuk menyimpulkan serta mengambil tindakan selanjutnya. Penyajian data menurut Miles dan Huberman ialah kumpulan informasi teratur yang memberi peluang adanya penarikan simpulan serta pengambilan langkah selanjutnya dalam sebuah riset. Penyajian data digunakan untuk lebih memperkuat pemahaman peneliti tentang kasus yang tengah dibahas serta selaku rujukan dalam mengambil pelbagai langkah dari pemahaman serta analisis sajian data. Miles dan Huberman menyatakan dalam riset kualitatif paparan data sanggup dijalankan dalam bermacam rupa, bisa dalam wujud uraian pendek, skema, kaitan antar kategori, diagram alir, maupun bentuk lain yang serupa, namun yang kerap dipakai ialah paparan data dalam rupa teks yang berjiwa naratif.

Dalam teknik riset ini, peneliti bermaksud memaparkan data yang telah diperoleh dan telah direduksi berbentuk uraian teks narasi. Data tersebut disajikan pada hasil penelitian.

3. Penarikan Kesimpulan

Penarikan simpulan ialah saat peneliti terus mengambil simpulan dari informasi serta yang telah diperoleh dari tempat penelitian (Raco, 2018). Validasi data dijalankan jika simpulan perdana yang diutarakan masih berstatus sementara dan bakal berubah apabila tidak dijumpai bukti-bukti yang kuat pada tahap pengumpulan data berikutnya. Namun jika simpulan yang disampaikan pada tahap awal disokong oleh bukti-bukti yang sah dan

konsisten sewaktu peneliti kembali lagi ke tempat penelitian menghimpun data, maka simpulan yang dinyatakan tersebut ialah simpulan yang kredibel (layak dipercaya). Seterusnya data yang telah dibedah, dipaparkan dan diartikan dalam wujud kata-kata guna menggambarkan fakta yang tersedia di lapangan, penafsiran ataupun guna menyahut pertanyaan riset yang lalu diambil intinya saja.

3.8 Keabsahan Data

Pengakuan hasil penelitian tergantung pada kebenaran data penelitian yang diperoleh. Teknik kredibilitas digunakan untuk mencapai keandalan dan kebenaran. Triangulasi digunakan sebagai metode untuk meningkatkan keandalan penelitian. Dalam penelitian kualitatif, triangulasi sumber dipergunakan untuk memvalidasi data yang didapat dari berbagai sumber. Hal ini melibatkan perbandingan temuan wawancara dengan data observasi dan analisis dokumen relevan yang berkaitan dengan topik dan subjek penelitian. (Sugiyono, 2019).

1. Triangulasi sumber

Triangulasi sumber dilakukan pada saat menguji keabsahan dan atau kredibilitas informasi dengan melakukan *crosscheck* data yang telah diperoleh dari berbagai sumber serta mulai membandingkan derajat kepercayaan satu informan yang telah didapatkan dengan cara dan waktu yang berbeda.

2. Triangulasi teknik

Triangulasi ini dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Misalnya, data diperoleh dengan wawancara, kemudian dicek dengan observasi atau dokumentasi.

3. Triangulasi metode

Triangulasi metode merupakan upaya pengecekan kredibilitas data atau temuan penelitian.

3.9 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menerapkan prinsip-prinsip etika penelitian dalam melindungi hak dan martabat informan. Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapatkan izin resmi dari institusi terkait, seperti Dinas Kesehatan dan Puskesmas setempat, serta telah mendapat persetujuan dari pembimbing akademik.

Penelitian ini telah mendapat persetujuan dari komisi etik penelitian kesehatan Universitas Malahayati dengan nomor 5057/EC/KEP-UNMAL/XI/202 pada tanggal 24 November 2025. Seluruh informan sudah menyetujui dan menandatangani *informed consent* sebelum dilaksanakan wawancara dan dijamin kerahasiaan identitas serta data yang diberikan.

BAB IV HASIL

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1 Keadaan Geografis

Kabupaten Tulang Bawang Barat memiliki luas wilayah 1.201 km².

Secara geografis, Kabupaten Tulang Bawang Barat terletak pada posisi 104,55° - 105,01° Bujur Timur dan 402,0° - 404,6° Lintang Selatan.

Batas – batas wilayah administrative Kabupaten Tulang Bawang Barat adalah sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Mesuji
- b. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Lampung Utara
- c. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Way Kanan
- d. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Tulang Bawang dan Kabupaten Lampung Tengah (Dinkes Tulang Bawang Barat, 2024).

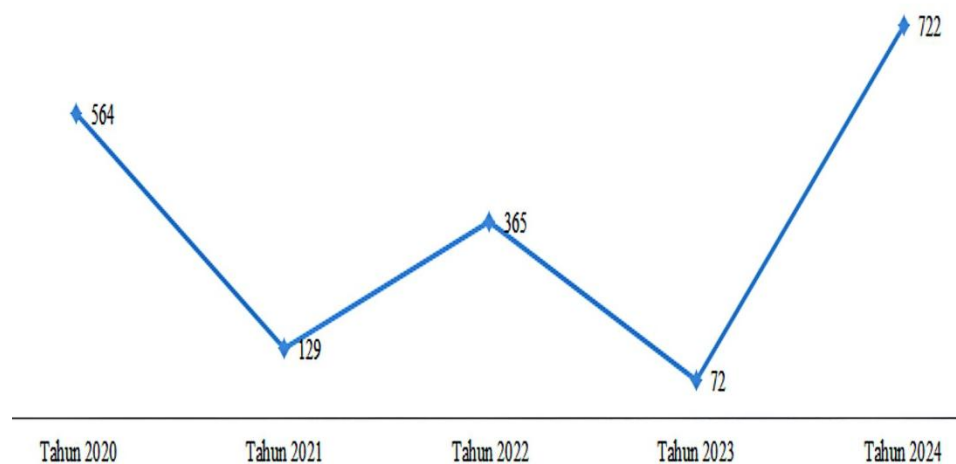
Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat adalah unsur penyelenggara pemerintahan daerah di Kabupaten Tulang Bawang Barat yang dibentuk berdasarkan Peraturan Bupati Tulang Bawang Barat Nomor 19 Tahun 2023 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Serta Tata Kerja Perangkat Daerah. Pemerintah Kabupaten Tulang Bawang Barat telah membangun 16 unit Puskesmas untuk mendekatkan akses pelayanan bagi masyarakat, dengan jumlah penduduk sebesar 301.790 jiwa dan Jumlah puskesmas pembantu pada tahun 2025 sebanyak 34 unit (Dinkes Tulang Bawang Barat, 2024).

Puskesmas Panaragan Jaya, Puskesmas Mulya Asri dan Puskesmas Candra Mukti merupakan Puskesmas yang berada di Kecamatan Tulang Bawang Tengah Kabupaten Tulang Bawang Barat dengan luas wilayah 247,5 km², jumlah penduduk sebesar 90.552 jiwa, memiliki 2 kelurahan dan 19 tiyuh. Puskesmas Panaragan Jaya merupakan Puskesmas Rawat Inap Mampu Poned yang terletak di Kelurahan Panaragan Jaya,

memiliki pustu sebanyak 4 buah dengan wilayah kerja 1 kelurahan dan 7 tiyuh serta jumlah penduduk sebesar 29.458 jiwa. Puskesmas Mulya Asri juga merupakan Puskesmas Rawat Inap Mampu Poned yang terletak di Kelurahan Mulya Asri, memiliki pustu sebanyak 3 buah dengan wilayah kerja 1 kelurahan dan 6 tiyuh serta jumlah penduduk sebesar 29.298 jiwa, sedangkan Puskesmas Candra Mukti merupakan Puskesmas Non Rawat Inap yang terletak di Tiyuh Candra Mukti, memiliki pustu 3 buah dengan wilayah kerja 6 tiyuh dan jumlah penduduk terbanyak sebesar 31.796 jiwa (Dinkes Tulang Bawang Barat, 2024).

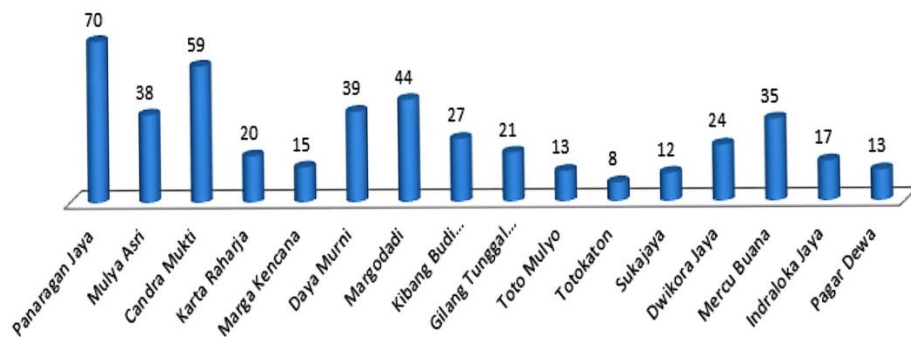
4.1.2 Situasi Kasus DBD

Berdasarkan Laporan DBD Kabupaten Tulang Bawang Barat, perkembangan penyakit DBD selama tahun 2020 – 2024 cenderung fluktuatif naik turun. Pada tahun 2020 diberitakan sejumlah 564 kasus (IR 304,8 per 100.000), pada tahun 2021 sejumlah 129 kasus (IR 46,5 per 100.000), tahun 2022 kasus DBD meningkat dibandingkan tahun sebelumnya yaitu sejumlah 365 kasus (IR 130,9 per 100.000), tahun 2023 kasus DBD mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya yaitu sejumlah 72 kasus (IR 24,4 per 100.000) dan tahun 2024 terjadi lonjakan kasus yang signifikan yaitu sejumlah 722 kasus (IR 241,7 per 100.000) seperti tampak pada grafik berikut (Dinkes Tulang Bawang Barat, 2025) :



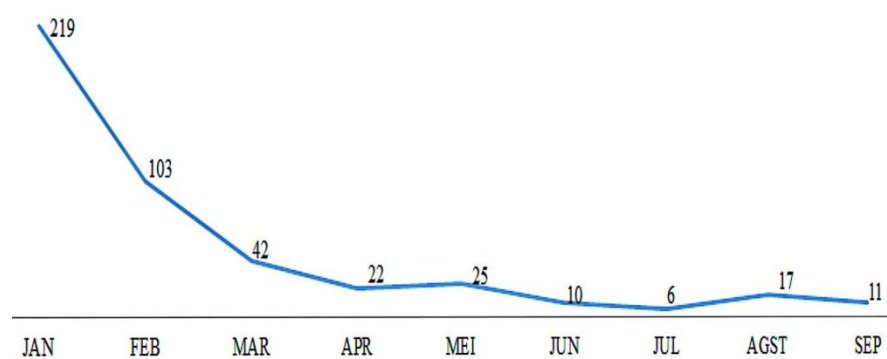
Gambar 4.1 Penemuan kasus DBD di Kabupaten Tulang Bawang Barat

Distribusi kasus DBD per puskesmas sampai Bulan September 2025, kasus tertinggi berada pada Puskesmas Panaragan Jaya sebanyak 70 kasus, Puskesmas Candra Mukti sebanyak 59 kasus, Puskesmas Margodadi sebanyak 44 kasus, Puskesmas Dayamurni sebanyak 39 kasus, Puskesmas Mulya Asri sebanyak 38 kasus, sedangkan 11 puskesmas lainnya rata – rata ditemukan penderita DBD dibawah 35 kasus dan tidak ditemukan penderita DBD yang meninggal (Laporan DBD Tulang Bawang Barat 2025, n.d).



Gambar 4.2 Distribusi kasus DBD Per Puskesmas Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2025

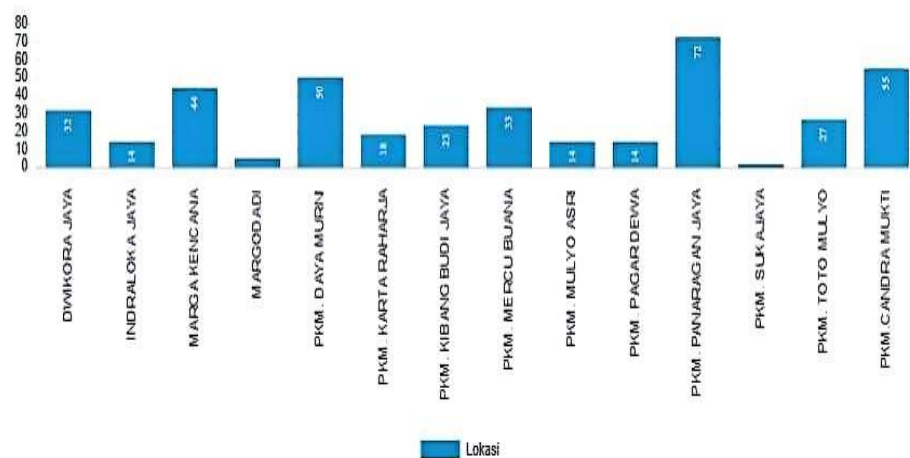
Distribusi kasus DBD per bulan sampai Bulan September 2025, pada awal tahun masih dilaporkan peningkatan kasus sebagai lanjutan dari lonjakan kasus yang terjadi di tahun 2024 yaitu pada Bulan Januari sebanyak 219 kasus namun bulan berikutnya mengalami penurunan sampai di Bulan September 2025 sebanyak 11 kasus (Laporan DBD Tulang Bawang Barat 2025, n.d).



Gambar 4.3 Distribusi kasus DBD Per Bulan Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2025

4.1.3 Situasi *Suspect Dengue* Pada SKDR

Berdasarkan laporan mingguan yang dilaporkan oleh puskesmas sampai minggu ke 40, Puskesmas Panaragan Jaya merupakan puskesmas dengan laporan *suspect dengue* tertinggi yaitu 72 kasus, Puskesmas Candra Mukti melaporkan *suspect dengue* sebanyak 55 kasus, dan Puskesmas Mulya Asri melaporkan *suspect dengue* sebanyak 14 kasus (Aplikasi SKDR, 2025).



Gambar 4.4 Grafik *Suspect Dengue* pada SKDR

4.2 Karakteristik Informan Penelitian

Penelitian dilakukan melalui wawancara mendalam dengan metode *in-depth interview* kepada informan dengan jumlah informan sejumlah 14 orang yang terdiri dari Surveilans 3 Puskesmas yang mengalami lonjakan kasus tertinggi pada tahun 2024 (1 orang Surveilans Puskesmas Panaragan jaya, 1 orang Surveilans Puskesmas Candra Mukti dan 1 orang Surveilans Puskesmas Mulya Asri), 4 Bidan Desa dengan Desa yang memiliki kasus tertinggi di wilayah kerja masing-masing Puskesmas (2 orang Bidan Desa Puskesmas Panaragan Jaya, 1 orang Bidan Desa Puskesmas Candra Mukti, 1 orang Bidan Desa Puskesmas Mulya Asri), 4 Orang Kader dari Desa yang memiliki kasus tertinggi pada wilayah kerja masing-masing Puskesmas, Surveilans Dinas Kesehatan (1 orang), Kepala Puskesmas Candra Mukti (1 orang) dan Kepala Tiyuh Penunangan (1 orang). Gambaran tentang informan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 4.1 Karakteristik informan.

Tabel 4.1 Karakteristik informan

KODE	CARA PENGUMPULAN DATA	INSTANSI	JABATAN	JENIS KELAMIN	UMUR (TAHUN)	PENDIDIKAN	MASA KERJA (TAHUN)
I1	Wawancara Mendalam	Puskesmas Panaragan Jaya	Surveilans dan Pengelola SKDR	Perempuan	31	S1 Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi)	4
I2	Wawancara Mendalam	Puskesmas Candra Mukti	Surveilans dan Pengelola SKDR	Perempuan	38	S1 Kebidanan	3
I3	Wawancara Mendalam	Puskesmas Mulya Asri	Surveilans dan Pengelola SKDR	Perempuan	41	S1 Kesehatan Masyarakat (Promkes)	10
I4	Wawancara Mendalam	Puskesmas Panaragan Jaya	Bidan Desa Penumangan Baru	Perempuan	37	DIV Kebidanan	15
I5	Wawancara Mendalam	Puskesmas Candra Mukti	Bidan Desa Pulung Kencana	Perempuan	38	DIV Kebidanan	8
I6	Wawancara Mendalam	Puskesmas Panaragan Jaya	Bidan Desa Penumangan	Perempuan	31	D3 Kebidanan	7
I7	Wawancara Mendalam	Puskesmas Mulya Asri	Bidan Desa Marga Asri	Perempuan	36	DIV Kebidanan	7
I8	Wawancara Mendalam	Puskesmas Panaragan Jaya	Kader	Perempuan	35	SMA	7
I9	Wawancara Mendalam	Puskesmas Candra Mukti	Kader	Perempuan	41	SMK	20
I10	Wawancara Mendalam	Puskesmas Panaragan Jaya	Kader	Perempuan	49	SMA	17
I11	Wawancara Mendalam	Puskesmas Mulya Asri	Kader	Perempuan	43	SMA	5
T1	Triangulasi	Dinas Kesehatan	Surveilans dan Pengelola SKDR	Perempuan	36	S1 Kebidanan	3,5
T2	Triangulasi	Puskesmas Candra Mukti	Kepala Puskesmas Candra Mukti	Perempuan	35	DIV Kebidanan	1
T3	Triangulasi	Puskesmas Panaragan Jaya	Kepala Tiyuh Penumangan	Laki-Laki	52	SMA	5

4.3 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini disusun secara sistematis dengan mengacu pada komponen sistem dalam pelaksanaan SKDR, yang meliputi input, proses, dan output. Pendekatan ini digunakan untuk memudahkan dalam mengidentifikasi berbagai faktor yang memengaruhi efektivitas SKDR, baik dari sisi sumber daya yang tersedia, mekanisme pelaksanaan di lapangan, maupun hasil yang dicapai dalam upaya kewaspadaan dini dan respon terhadap penyakit menular.

Penelitian dilakukan oleh peneliti melalui wawancara mendalam kepada informan baik informan utama maupun informan kunci. Wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara yang sudah disusun dengan pertanyaan-pertanyaan yang berkembang sesuai informasi yang dibutuhkan peneliti. Triangulasi sumber dilakukan kepada informan kunci yaitu PJ Surveilans Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas dan Kepala Tiyuh. Wawancara dilakukan untuk memvalidasi pernyataan yang telah disampaikan oleh informan utama serta menguji kredibilitas keabsahan hasil wawancara yang telah didapatkan.

4.3.1. Komponen Input (Sumber Daya Manusia, Pendanaan, dan Sarana Prasarana)

A. Sumber Daya Manusia (SDM)

1. Jumlah petugas

Hasil penelitian mengindikasikan ketersediaan SDM dalam pelaksanaan SKDR terkait jumlah petugas dilakukan oleh satu orang petugas di masing-masing puskesmas. Berikut hasil wawancara dengan informan.

“Saya sendiri sih. mungkin kurang sih kalau menurut saya.” (I1)

“Untuk di Puskesmas Candra Mukti ada satu petugas yang menjalankan program SKDR mbak.” (I2)

“Kalau jumlahnya ada satu, ya saya sendiri.” (I3)

“Kalau untuk di Dinas Kesehatan yang menjalankan program SKDR itu ada dua... Kalau untuk pelaporan di dinas sendiri saya rasa cukup dua saja.” (T1)

“Surveilans Cuma 1 orang di puskesmas ini. Saya rasa cukup....” (T2)

Pernyataan informan sesuai dengan triangulasi sumber terhadap petugas SKDR di Dinas Kesehatan yang menyatakan bahwa petugas dinas kesehatan terdiri dari 2 orang dibagi antara pengelolaan aplikasi dan pelaporan manual. Sementara itu Kepala Puskesmas menyatakan bahwa seluruh kegiatan SKDR dilakukan oleh satu orang surveilans.

Kesimpulan : Dari hasil wawancara mendalam, dokumentasi, dan observasi yang dilakukan pada aspek sumber daya manusia (SDM) menunjukkan bahwa secara kuantitas, jumlah petugas SKDR telah mencukupi, yang terdiri dari 2 petugas di tingkat Dinas Kesehatan dan 1 petugas di masing-masing Pernyataan tersebut berdasarkan Permenkes No 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan dan Permenkes Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan SDM.

2. Tingkat Pendidikan dan Kompetensi

Hasil penelitian mengindikasikan kompetensi petugas dalam pelaksanaan SKDR ditinjau dari latar belakang pendidikan secara umum kompetensi petugas SKDR masih bervariasi dan terdapat ketidaksesuaian. Sebagian besar petugas tidak memiliki latar belakang epidemiologi, melainkan memiliki latar belakang bidan, perawat, dan kesehatan masyarakat non-epidemiologi. Hal tersebut didukung oleh pernyataan informan sebagai berikut.

“Karena kan kebanyakan surveilans itu atau petugas SKDR itu tuh basic-nya bukan SKM epid gitu. Ada yang perawat notabene-nya. Ada yang dia bidan gitu kan. Bahkan ada yang perawat gigi...” (I1)

“Berpengaruh sih sebenarnya Karena basic saya kan bukan ini ya Saya kan bidan.” (I2)

“Saya SKM tapi ilmu perilaku.” (I3)

Informasi yang didapatkan dari informan sejalan dengan triangulasi sumber dengan petugas SKDR dinas kesehatan dan kepala puskesmas yang menyatakan bahwa petugas yang menjalankan SKDR memiliki latar belakang bidan, perawat, dan kesehatan masyarakat bidang promosi kesehatan dan belum sesuai.

Kesimpulan : kompetensi petugas SKDR sebagian besar mempunyai latar belakang pendidikan di bidang kesehatan, namun tidak seluruhnya memiliki kualifikasi khusus di bidang surveilans epidemiologi khususnya untuk petugas di dinas kesehatan dan puskesmas. Ketidaksiuaian latar belakang pendidikan ini berpotensi memengaruhi kemampuan petugas dalam melakukan analisis data, interpretasi sinyal kewaspadaan dini, serta pengambilan keputusan berbasis data. Pernyataan tersebut berdasarkan Permenkes No 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan dan Permenkes Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan SDM.

3. Pelatihan

Berdasarkan hasil wawancara terkait kompetensi menunjukkan bahwa peningkatan kompetensi melalui pelatihan dan pembinaan teknis masih sangat diperlukan untuk menunjang optimalisasi pelaksanaan SKDR. Berikut hasil wawancara dengan informan mengenai pelatihan :

“Pernah, 1 kali.” (I1)

“Saya kemarin sudah mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan tentang surveillance epidemiologi dan ada materi tentang SKDR. (I2)

“Pelatihan SKDR sudah pernah. Sudah pernah waktu itu ada di emersia ya pelatihan itu....” (I3)

“Kalau untuk khusus pelatihan belum ada tapi kalau dari puskesmas memang kita diberitahu lah gitu, apa aja penyakit yang harus kita laporkan setiap minggunya.” (I4)

“Tapi kalau untuk SKDR sendiri belum pernah pelatihan.” (I8)

“Kalau pelatihan belum pernah bu, tapi kalau untuk penyuluhan sering tentang DBD, TBC dan penyakit lainnya.” (I10)

Informan menyebutkan bahwa pelatihan yang diikuti oleh petugas SKDR Puskesmas bukan pelatihan khusus SKDR, melainkan pelatihan surveilans epidemiologi yang didalamnya ada materi terkait SKDR. Hal tersebut didukung oleh hasil observasi yang mengindikasikan petugas SKDR telah memiliki sertifikat pelatihan. Bidan desa dan kader menyatakan bahwa belum pernah mengikuti pelatihan khusus SKDR dan hanya diinformasikan saja oleh puskesmas untuk melaporkan jenis penyakit menular secara rutin setiap minggunya serta informasi melalui penyuluhan penyakit menular (DBD, TBC dan penyakit lainnya). Hal tersebut sejalan dengan pernyataan informan triangulasi bahwa petugas SKDR dinas kesehatan saja yang telah mendapatkan pelatihan SKDR khusus dan pelatihan surveilans epidemiologi pada petugas puskesmas.

Kesimpulan : Upaya peningkatan kompetensi telah dilakukan melalui kegiatan pelatihan. Namun, pelatihan khusus SKDR baru diterima oleh petugas SKDR di dinas kesehatan, sementara petugas SKDR puskesmas hanya memperoleh pelatihan surveilans epidemiologi yang mencakup materi SKDR. Di sisi lain, bidan desa dan kader belum mendapatkan pelatihan khusus, sehingga pemahaman mengenai SKDR masih terbatas.

4. Tugas Rangkap

Petugas SKDR tidak hanya menjalankan sistem SKDR. Petugas masih dibebankan dengan tugas lain sehingga terjadi tugas rangkap yang bahkan bisa lebih dari 2 atau 3 program. Petugas SKDR puskesmas dan bidan desa harus membagi waktu dan pekerjaan agar pelaporan dapat terkirim tepat waktu. Berikut hasil wawancara dengan informan puskesmas :

“Iya, sekarang dapat amanah kan PJ klaser 4, PJ di pelayanan, dalam gedung. PJ klaser 4, terus juga tim CKG juga inputan.” (11)

“Mempengaruhi sih... Soalnya di puskes kan saya memegang banyak program, gak cuman surveilans aja....” (12)

“Ada, Saya memegang PTM, saya juga memegang diare.” (13)

Informan menyatakan bahwa tidak hanya dibebankan tugas pelaporan SKDR saja, akan tetapi diberikan tugas lain seperti pelaporan program lainnya, PJ pelayanan gedung dan lainnya, sehingga pekerjaan yang dilakukan oleh petugas SKDR tidak hanya khusus pelaporan SKDR saja. Berikut pernyataan informan bidan desa :

“Kalau bidan desa pasti merangkap ya mba ya, karena semua pelaporan itu memang ujung tombaknya itu di bidan desa.” (14)

“Iya. Kalau bidan desa sebenarnya semua laporan. Semua laporan dihimpun ya, termasuk dari kader juga ya. Iya, semua Imunisasi, lansia, bumil, balita, semuanya.” (15)

“Jadi bukan Cuma satu aja, jadi laporannya kan balita, lansia, posyandu, diare, HT, TB, DM.” (16)

“Banyak sih mba, semua laporan minta ke bidan desanya.” (17)

Bidan desa sebagai ujung tombak informasi yang memiliki beban kerja tidak hanya terkait SKDR saja, melainkan dibebankan tugas pelaporan lainnya seperti pelaporan bayi, balita, imunisasi, hingga lansia. Bukan hanya petugas SKDR puskesmas namun sampai ke bidan desa dan kader pun mengalami tugas rangkap.

Kesimpulan : Terdapat kendala utama berupa tugas rangkap pada seluruh level SDM, baik di dinas kesehatan, puskesmas, hingga bidan desa dan kader. Petugas tidak hanya menjalankan program SKDR saja, tetapi dibebankan dengan tugas lain bahkan lebih dari 2 ataupun 3 program. Hal ini berpotensi dapat memengaruhi kinerja pelaporan dan ketepatan waktu dalam sistem SKDR. Hal terkait tugas rangkap, terdapat pada Permenkes Nomor 13 Tahun 2025 tentang Pengelolaan SDM.

B. Pendanaan

SKDR merupakan bagian dari sistem surveilans epidemiologi yang idealnya harus ada alokasi dana khusus yang terstruktur dan berkelanjutan. Namun saat ini pendanaan pelaporan program SKDR belum memiliki alokasi khusus, pada dinas kesehatan dan puskesmas masih terintegrasi dengan dana kegiatan lain seperti pada anggaran dana BOK. Hal tersebut sebagaimana yang disampaikan oleh informan sebagai berikut.

“Nggak ada. Tapi kalau untuk verifikasi sinyal PE-nya ada.”
(I1)

“Sejauh ini belum ada. Tapi kalau untuk tindak lanjutnya, misal kami verifikasi sinyal. Itu ada pembiayaannya dari puskesmas Tapi kalau untuk terkait alokasi khusus untuk SKDR ini belum ada.” (I2)

“Selama ini juga seringnya pakai dana pribadi kan untuk melaporin ini. Karena kan kita kan Nge-back up ada 48 anggota di jejaring. Mohon kalau bisa diperhatikan sih masalah pendanaan ini.” (I2)

“Belum ada untuk dana khususnya. Selama ini masih pakai dana pribadi untuk ngumpul laporan dengan paket kita.” (I4)

“Enggak, dana sendiri.” (I8)

“Kalau untuk khusus dana SKDR tidak ada. Kalau untuk dana yang dari BOK itu untuk verifikasi sinyal.” (T1)

Temuan di lapangan dan informasi dari informan menyatakan bahwa belum terdapat alokasi anggaran khusus untuk program SKDR. Di tingkat puskesmas, bidan desa dan kader, untuk pelaporan masih menggunakan paket data pribadi.

Kesimpulan : hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi yang dilakukan pada aspek pendanaan menunjukkan bahwa pelaporan program SKDR belum didukung oleh alokasi dana khusus, meskipun secara konsep program ini merupakan bagian penting dalam sistem surveilans epidemiologi. Pendanaan yang tersedia saat ini masih terbatas dan berasal dari integrasi dana lain seperti dana BOK pada dinas kesehatan dan puskesmas. Keterbatasan anggaran khusus menunjukkan bahwa SKDR belum menjadi prioritas dalam perencanaan anggaran kesehatan, baik di taraf dinas

kesehatan maupun puskesmas sehingga kegiatan lebih bersifat reaktif daripada preventif. Hal tersebut mengindikasikan bahwa kebutuhan dana program SKDR belum terpenuhi secara menyeluruh, terutama untuk mendukung kegiatan rutin seperti pelaporan dan pemantauan. Secara keseluruhan, keterbatasan pendanaan ini berdampak pada belum optimalnya fungsi SKDR sebagai sistem deteksi dini dalam surveilans epidemiologi. Hal tersebut tidak mendukung ketentuan yang terdapat pada Permenkes No 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan.

C. Sarana dan Prasarana

Hasil penelitian terkait aspek sarana dan prasarana yang digunakan untuk menjalankan program SKDR di dinas kesehatan telah tersedia meliputi komputer, jaringan internet, aplikasi SKDR dan smartphone (HP) melalui Whatsapp (WA). Sarana dan prasarana masih belum sepenuhnya mendukung efektivitas sistem, terutama keterbatasan komputer, gangguan sistem Aplikasi SKDR dan kualitas jaringan yang digunakan untuk pelaporan. Berikut hasil wawancara dengan informan.

“Kalau untuk saat ini untuk sarana-prasarana mendukung di dinasnya sudah ada ya mbak. komputer, wifi juga ada.”(T1)
“Biasanya aplikasinya, kan kalau aplikasi itu dari pusat jadi kita gak bisa menghandel jadi kadang pelaporannya itu telat karena ada trouble di pusatnya dari aplikasi SKDR itu sendiri.”(T1)

Di tingkat puskesmas, sarana dan prasarana juga mencakup komputer, jaringan internet dan smartphone (HP) melalui Whatsapp. Sarana dan prasarana di puskesmas juga masih belum sepenuhnya mendukung efektivitas sistem, terutama keterbatasan ketersediaan komputer dan kualitas jaringan yang digunakan untuk pelaporan. Begitu juga dengan sistem aplikasi web SKDR, terkadang masih ada kendala seperti aplikasi error. Berikut hasil wawancara dengan informan

“Nah itu komputer sih yang memang kita kekurangannya kalau di puskesmas ya, ngerangkap-ngerangkap, berbagi.” (11)

“Jadi kadang kita akhirnya manual lewat Dinas kesehatan lewat WA. Karena sistemnya lagi gangguan, kan sistem dari pusat kan untuk SKDR.” (12)

“Kalau untuk pelaporannya kadang ya kalau sistemnya lagi error kayak gitu, kami ngirimkannya lewat ini manual, nggak lewat langsung ke aplikasi SKDR seperti itu.” (13)

Sarana dan prasarana pelaporan SKDR di tingkat jaringan dan jejaring masih bersifat sederhana dan manual, dengan menggunakan smartphone (HP) melalui grup WhatsApp sebagai sarana utama dan didukung dengan jaringan internet.

Keterlambatan pelaporan dari kader dan bidan desa terutama disebabkan oleh kendala jaringan/sinyal karena pelaporan SKDR masih dilakukan secara manual melalui grup WhatsApp, kelancaran pengiriman data sangat bergantung pada kondisi teknis tersebut. Berikut hasil wawancara dengan informan.

“Ya HP aja, karena kan lewat WA. Jadi ada grup gitu Mbak, di grup itu kami dibuatkan grup jaring jejaring itu. Kendalanya kadang sinyal ya, namanya pakai wifi (rumah), kadang wifinya gangguan jd kadang laporannya terlambat.” (15)

“Pakai HP Karena lewat grup WA. Ya tentunya kalau kita kadang-kadang pasti ada lah ya jaringannya ngadat atau kebetulan lagi nggak ada paket gitu ya, wifi-nya error (rumah), misalnya kita ada keterlambatan biasanya sih.” (16)

“Biasanya sih pake HP, lewat WA. Terganggu dengan sinyalnya sih mba, kayaknya kadang.” (18)

Informan menyatakan sarana dan prasarana untuk mendukung program SKDR dinilai sudah tersedia meliputi komputer, jaringan internet, Aplikasi SKDR dan smartphone (HP) melalui WA.

Meskipun sudah tersedia, dari hasil observasi dan wawancara triangulasi ditemukan bahwa masih adanya keterbatasan pada ketersediaan komputer yang belum dikhususkan untuk petugas SKDR. Penggunaan perangkat masih dilakukan secara bersama dengan petugas lain, sehingga berpotensi menghambat efektivitas laporan. Selain itu, ketersediaan jaringan internet masih menjadi hambatan utama dalam pelaksanaan pelaporan SKDR.

Penggunaan jaringan wifi pada dinas kesehatan belum memenuhi standar, karena sering terjadi gangguan jaringan. Informan juga menyatakan bahwa kadang terjadi gangguan (*trouble*) pada aplikasi SKDR yang tidak membaca laporan yang dikirimkan oleh beberapa puskesmas.

Kesimpulan : Ketersediaan sarana dan prasarana belum sepenuhnya diikuti dari aspek kecukupan dan kebutuhan program. Keterbatasan tersedianya perangkat komputer, gangguan (*trouble*) sistem aplikasi SKDR dan kendala akses jaringan tidak hanya menghambat proses input data, tetapi juga berdampak pada keterlambatan pengiriman laporan mingguan dan berpotensi menurunkan sensitivitas sistem dalam mendeteksi dini peningkatan kasus penyakit. Pernyataan tersebut tidak sesuai dengan aturan yang ditetapkan pada Permenkes Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan.

4.3.2. Komponen Proses Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon (SKDR)

1. Tahap Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data SKDR dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat kader (Whatsapp) ke bidan desa (Whatsapp). Data yang sudah direkap oleh bidan desa, dilaporkan ke petugas SKDR Puskesmas. Selanjutnya, petugas SKDR puskesmas akan merekap data yang masuk dan melaporkan data SKDR melalui WA Grup langsung ke WA sistem kemenkes dan Dinas Kesehatan. Proses pengumpulan data diawali dari kader yang melakukan pemantauan di masyarakat. Apabila ditemukan suspect penyakit menular seperti gejala demam lebih dari 3 hari dan mengarah ke DBD, maka kader akan langsung melaporkan ke bidan desa.

“Ya itu yang sering terjadi itu panas, itu panas lebih dari 3 hari, terus disertai sama pusing. Pusingnya yang sangat-sangat, maksudnya sangat hebat gitu loh. Biasanya langsung diarahin berobat, terus dilaporin ke Bidan Desa.” (I8).

“Belum, nanti kalau habis hasil lab nya sudah keluar baru kami laporkan ke bidan.” (I9).

“Saya lapor lewat Grup WA ke bidan desa, nanti bidannya yang lapor ke puskes. Jika ada pasien DBD masih gejala sudah dilaporkan. Tapi yang sering saya laporkan kalau sudah positif, biasanya sudah di rumah sakit. Setiap ada warga yang kena DBD langsung dilaporkan. Kalau yang dilaporkan positif, sebelumnya dipastikan dulu benaran DBD atau bukan.” (I11)

Informan menyatakan bahwa pelaporan dari kader melalui grup whatsapp secara langsung ke bidan desa biasanya dilakukan ketika gejala sudah cukup jelas atau positif bahkan sudah dirawat di rumah sakit. Sehingga fungsi sistem kewaspadaan dini belum sepenuhnya optimal dalam menangkap kasus pada tahap suspect awal jika dilihat dari informasi yang bersumber dari kader. Sejalan dengan triangulasi yang menyatakan bahwa laporan dari jaringan/jejaring sudah positif atau bahkan ada yang sudah di rawat di rumah sakit baru dilaporkan.

Kader dan bidan desa melaporkan data SKDR seminggu sekali di setiap hari sabtu / minggu. Data yang dilaporkan direkap oleh bidan desa sebelum disampaikan kepada petugas SKDR Puskesmas.

“Kalau alurnya itu, kalau memang itu dari pasien saya, tentunya saya langsung melakukan pelaporan ke puskesmas. Tapi kalau dari kader, kader saya kan kebetulan ada 21 kader. Tapi memang tidak semua kader memahami, hanya ada beberapa saja. dan itu kalau yang memahami dia akan melaporkan ketika ada suspek seperti DBD gitu misalnya tetangganya atau lingkungan sekitarnya ada yang terkena demam lebih dari 3 hari terus kemudian pusing hebat biasanya dia akan melaporkan ke saya. Dari saya, nanti saya akan melakukan pelaporan ke puskesmas.” (I4)

“Jadi kalau dari kami untuk pengumpulan data alurnya, jadwal pelaporan perminggunya itu biasanya dari klinik, pustu, dan kader. Biasanya kalau misalkan dari kader, klinik, dan pustu sudah ngasih laporan maka langsung kami laporkan, biasanya sih ditunggu sampai sabtu sore sama surveillence puskesmasnya.” (I6)

“Pelaporannya Ya Dari masyarakat. Kalau SKDR Laporannya langsung ke Bidan Desa Terus dari Bidan Desa Laporannya ke Puskes Di sabtu sore.” (I7)

Informan menyatakan pelaporan bersifat rutin setiap minggu yaitu di hari sabtu / minggu. Hal ini menunjukkan bahwa adanya jadwal yang tetap dalam pengumpulan data. Data yang sudah direkap oleh bidan desa, dilaporkan ke petugas SKDR Puskesmas. Selanjutnya, petugas SKDR puskesmas akan merekap data yang masuk dan melaporkan data SKDR melalui WA Grup langsung ke WA sistem kemenkes dan Dinas Kesehatan. Petugas SKDR puskesmas melakukan pelaporan data SKDR secara rutin setiap minggu di hari senin - selasa. Berikut hasil wawancara dengan informan.

“Dari bidan desa, hari sabtu, atau hari minggu ya, setiap seminggu sekali. Senin pagi itu paling lambat. Masih senin pagi, makanya direkap, setelah selesai semua direkap, baru laporan ke dinas. Itu paling lambat, Senin sampai Selasa pagi.” (I1)

“Jadi tiap sabtu sore atau sabtu malam itu saya sudah woro-woro di grup itu, grup jaring jejaring yang saya backup, trus kemudian setelah itu saya terima, saya rekap di register saya, kemudian saya laporkan ke dinas kesehatan, hari senin.” (I2)

“Batas waktunya itu hari minggu malam udah harus selesai, karena senin pagi saya udah ngerekap. Sabtu sore kalau bisa sesuai jadwalnya malam minggu. Karena pelaporan ke kabupatannya di hari senin pagi. Tapi udah rata-rata di hari sabtu sore itu udah mulai selesai pelaporan mereka.” (I3)

Informasi yang didapatkan dari informan menunjukkan bahwa alur pelaporan dilakukan berjenjang. Jaringan dan jejaring melaporkan data ke petugas SKDR Puskesmas secara rutin setiap minggunya maksimal di hari minggu. Disisi lain, sistem ini memungkinkan pelaporan segera <24 jam jika ditemukan kasus-kasus tertentu, sehingga terdapat fleksibilitas dalam merespon kejadian penyakit menular yang berpotensi menjadi KLB. Namun pada Tahun 2024, kasus *suspect dengue* belum termasuk laporan yang harus dilaporkan < 24 jam pada *Event Based Surveillance* (EBS). Pada tahun 2025 mulai adanya perkembangan sistem laporan yang harus dilaporkan < 24 jam pada *Event Based Surveillance* (EBS),

mencakup semua kasus yang terjadi lonjakan dan berpotensi KLB yang mulai adanya perkembangan sistem pelaporan.

“... Untuk yang di EBS kan harus di respon sebelum 24 jam kalau tahun 2024 lalu itu belum di buka pelaporan untuk semua penyakit hanya pasien Syndrom aja yang masuk. Untuk tahun ini EBSnya dibuka untuk semua penyakit, termasuk 24 penyakit itu, jadi kita bisa deteksi dini di EBSnya untuk penyakit DBDnya.” (T1)

Berdasarkan hasil observasi, menunjukkan bahwa unit pelapor sudah melakukan pelaporan rutin meskipun masih ada waktu pelaporan yang tidak sesuai, namun sudah $\geq 90\%$. Berikut hasil observasi.

Tabel 4.2 Hasil observasi pelaporan data SKDR

No	Unit Pelapor	Pelaporan data setiap Senin pagi – Selasa sore		
		sesuai	tidak sesuai	persentase
1	Dinas Kesehatan	36 minggu	4 minggu	90%
2	Puskesmas Panaragan Jaya	40 minggu	0	100 %
3	Puskesmas Candra Mukti	39 minggu	1 minggu	98%
4	Puskesmas Mulya Asri	39 minggu	1 minggu	98%

Kesimpulan dari hasil wawancara mendalam, dokumentasi, dan observasi mengindikasikan mekanisme pelaporan sistem kewaspadaan dini dan respon (SKDR) mulai dari pengumpulan data SKDR memiliki alur waktu yang jelas setiap minggunya dengan timeline waktu yang telah ditetapkan. Penghimpunan data dilaksanakan secara berjenjang mulai dari taraf kader, bidan desa, puskesmas, hingga dinas kesehatan. Selain itu, sistem juga memiliki fleksibilitas untuk pelaporan segera apabila ditemukan kasus suspect yang harus segera dilaporkan < 24 jam. Namun demikian, ditemukan bahwa kasus yang lebih sering dilaporkan adalah kasus yang sudah dipastikan positif, bahkan setelah pasien

mendapatkan perawatan di rumah sakit. Kondisi ini menunjukkan bahwa kader dan bidan desa belum optimal memahami konsep deteksi dini dalam pelaporan SKDR.

2. Pengolahan Data Di Puskesmas Dan Dinas Kesehatan

Pengolahan data SKDR mencakup rangkaian proses setelah data dikumpulkan yaitu rekapitulasi, verifikasi, pelaporan ke Dinas Kesehatan, hingga penginputan ke aplikasi SKDR. Pengolahan data dimulai dari rekap data oleh bidan desa, kemudian dilanjutkan oleh petugas SKDR Puskesmas yang melakukan rekap ulang sebelum dilaporkan ke dinas kesehatan. Hasil observasi mengindikasikan laporan yang dikirimkan oleh puskesmas melalui WA dibuat dalam bentuk transkrip laporan khusus ke dalam format mingguan dengan format “SKDR (minggu ke-...)#Tahun#Kode penyakit, Total kunjungan”. Berikut hasil observasi.

Tabel 4.3 Hasil observasi entri data puskesmas

No	Puskesmas	Entri data
1	Panaragan Jaya	√
2	Candra Mukti	√
3	Mulya Asri	√

Hasil pelaporan di rekap menggunakan buku register dan menggunakan excel oleh petugas SKDR Puskesmas. Berikut pernyataan informan.

“Laporan yang mingguan itu tadi, yang via WA ya. Masih manual, kita input ke Excel.” (I1)

“Gak ada sih, selama ini manual menggunakan excel. saya pakai register khusus untuk surveilans SKDR ini.” (I2)

“Gak ada mba, tapi kalau untuk entry datanya kami pakek excel.”(I3)

Informasi yang didapat dari informan menyatakan bahwa pengolahan data dimulai dari kader, data direkap oleh bidan desa,

kemudian dikirimkan ke puskesmas melalui grup WA. Setelah itu, petugas SKDR Puskesmas melakukan rekap ulang sebelum melaporkan melalui WA ke sistem kemenkes dan Dinas Kesehatan. Hal ini mengindikasikan mekanisme yang berjenjang dalam pengolahan data yang bertujuan untuk memastikan kelengkapan dan validitas data sebelum dilaporkan ke tingkat yang lebih tinggi.

Jika tidak ada gangguan sistem, data yang dikirimkan oleh petugas puskesmas akan otomatis terekap pada aplikasi SKDR yang berasal dari Kementerian Kesehatan dan hanya bisa diakses oleh Dinas Kesehatan. Pada aplikasi SKDR tersebut sudah ada menu entry data, analisis, dan penyajian data dan monitoring pelaporan. Berikut pernyataan informan kunci dan triangulasi.

“Langsung ke sistem, kirim lewat WA ke no ini, apa namanya, nomor pusat ada sendiri, ada langsung dari pusat ada balasan tepat atau tidak tepat waktunya kami melaporkan.” (I3)

“Jadi kalau untuk ngolah data ada aplikasi SKDR khusus untuk Dinas dari Pusat Kemenkes langsung. Di aplikasi SKDR itu juga kegiatan entry data Penyajian data dan analisis semua ada. Memang sudah ada menu nya Jadi sudah praktis lah istilahnya.” (T1)

Kesimpulan dari hasil wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi yang dilaksanakan menunjukkan bahwa proses pengolahan data SKDR telah memiliki alur yang sistematis dan berjenjang. Mekanisme ini dilakukan dalam upaya menjaga kelengkapan dan validitas data sebelum dilaporkan ke level yang lebih tinggi. Pelaporan dilakukan melalui WA dan rekapitulasi menggunakan buku register serta aplikasi excel. Disisi lain, pengolahan data di tingkat Dinas Kesehatan telah didukung oleh aplikasi SKDR yang terintegrasi Kementerian Kesehatan. Aplikasi menyediakan fitur entry data, analisis, monitoring pelaporan dan penyajian data secara lebih praktis dan efisien. Temuan dari hasil penelitian bahwa Aplikasi web SKDR baru bisa diakses ditingkat dinas kesehatan, tingkat puskesmas masih melaporkan melalui WA dan belum mendapatkan akses pengelolaan aplikasi web SKDR.

3. Analisis Data untuk Deteksi *Alert*

Petugas SKDR Puskesmas memiliki peran aktif dalam mendeteksi dan merespon sinyal *alert*. Jika ada sinyal *alert* yang dilaporkan dari jaringan dan jejaring, maka petugas SKDR di tingkat puskesmas akan langsung melakukan validasi terhadap laporan yang disampaikan oleh jaringan dan jejaring. Petugas SKDR puskesmas akan melakukan konfirmasi ke bidan desa, klinik/RS untuk memverifikasi kasus tersebut, validasi dan verifikasi dilakukan segera setelah laporan masuk.

“Kita tanya benar ada tidaknya kasus di mana, siapa, pasennya di mana, segala macam, ya ditanya langsung ke yang memang yang melaporkan di jejaringnya.” (I1)
“Berdasarkan laporan dari rumah sakit atau warga desa atau bidan masyarakat itu, kemudian kita lakukan verifikasi sinyal. Kalau memang sudah kita lakukan dan memang benar ada kasus seperti itu biasanya kami laporkan ke dinas kesehatan.” (I2)
“Sebelum dikirimkan ke puskes, jadi sebelumnya saya itu nanya dulu saya konfirmasi dulu bener nggak sih DBD, takutnya kadang katanya jadi saya konfirmasi dulu bener atau tidaknya baru saya laporkan sudah benar, sudah pasti.” (I5)

Petugas SKDR Puskesmas berperan dalam deteksi dini dan respon cepat pada sinyal *alert* yang bersumber dari jaringan dan jejaring. Informan mengemukakan bahwa ketika terdapat laporan kasus, maka petugas SKDR Puskesmas langsung melakukan validasi awal dengan memastikan kebenaran dari kasus yang dilaporkan. Sinyal *alert* harus diverifikasi minimal kurang dari 24 jam oleh Dinas Kesehatan. Hasil pelaporan dari Puskesmas akan langsung divalidasi oleh Dinas Kesehatan. Berikut hasil triangulasi.

“Setelah mereka mengirimkan laporan puskesmas itu. Jadi nanti akan keluar alert, baru sebelum kita memverifikasi. Kita validasi dulu, kita tanyakan dulu kebenarannya, benar nggak ada kasus seperti ini di puskesmas ini. Setelah mereka konfirmasi maka baru kita verifikasi untuk alertnya. Jadi kurang dari 24 jam, alert itu harus diverifikasi oleh kami.” (T1)
“oo langsung, langsung ditanggapi.” (T2)

Berdasarkan informasi dari informan menunjukkan bahwa setiap *alert* yang muncul terlebih dahulu akan melalui proses validasi oleh Dinas Kesehatan untuk memastikan kebenaran dari informasi kasus. Setelah dikonfirmasi, lalu dilakukan verifikasi alert dengan batas waktu kurang dari 24 jam. Hal ini mengindikasikan ada standar waktu respon yang jelas untuk mendukung deteksi dini kejadian penyakit.

Berdasarkan hasil observasi dokumen menunjukkan bahwa terdapat 300 *alert* pada SKDR Dinas Kesehatan, diantaranya 92 *alert suspect* DBD pada minggu ke 1 – minggu ke 40 tahun 2025. Untuk verifikasi alert di tingkat puskesmas, tidak bisa dibuktikan dokumentasi kegiatannya, hanya berdasarkan pernyataan informan saat wawancara. Selain proses verifikasi sinyal, analisis dilakukan dengan penyajian data agar bisa melihat trend peningkatan kasus, berikut hasil observasi terkait penyajian data :

Tabel 4.4 Hasil observasi penyajian data

Penyajian Data	Ketersediaan				Keterangan
	Dinas Kesehatan	Panaragan Jaya	Candra Mukti	Mulya Asri	
Penyajian Data					Aplikasi SKDR hanya ada di dinas kesehatan.
- Tabel	√				
- Grafik	√	√	√	√	Grafik yang dikirim oleh dinas kesehatan dalam buletin di grup WA
- Peta	√				

Kesimpulan dari hasil wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi yang dilaksanakan mengindikasikan petugas SKDR puskesmas berperan penting dalam melakukan verifikasi dan validasi awal jika adanya sinyal *alert*. Petugas melakukan verifikasi dan validasi langsung ke jaringan dan jejaring dengan memastikan kebenaran dari kasus yang dilaporkan, sehingga meningkatkan

akurasi data kasus yang dilaporkan. Di tingkat dinas kesehatan, proses verifikasi dilakukan secara cepat dengan standar waktu kurang dari 24 jam. Selain verifikasi sinyal, hasil akhir dari pelaporan di sajikan dalam bentuk grafik dan tabel, namun hanya dinas kesehatan yang melakukan penyajian data dari aplikasi SKDR, sedangkan puskesmas penyajian datanya bentuk grafik yang diperoleh dari dinas kesehatan.

4. Umpan Balik, Monitoring dan Evaluasi

Bentuk umpan balik di tingkat Dinas Kesehatan dalam proses pelaporan SKDR berupa bulletin yang dibuat secara rutin dan sistematis setiap minggu. Dinas kesehatan akan membuat bulletin yang kemudian disampaikan ke petugas SKDR tingkat puskesmas melalui grup WA. Bulletin ini menjadi media utama dalam menyampaikan informasi kepada petugas SKDR puskesmas sebagai bentuk umpan balik dari pelaporan yang sudah dilaksanakan. Berikut hasil observasi :

Tabel 4.5 Hasil observasi umpan balik Dinas Kesehatan

Umpan Balik Bulletin Mingguan Dinkes Kabupten untuk Puskesmas	Ketersediaan		ket
	ada	tidak ada	
a. Alert	√		
b. Informasi epidemiologi relevan	√		
c. Rekomendasi kegiatan yang dianjurkan untuk mengendalikan tersangka KLB	√		
d. Hasil kegiatan minggu sebelumnya untuk mengendalikan KLB	√		

Hasil dokumentasi terlihat bahwa adanya bulletin SKDR dan grup WA bahwa adanya peringatan dari puskesmas dan dinas kesehatan untuk unit pelapor yang belum melapor tepat waktu. Hasil observasi dan dokumentasi juga sejalan dengan pernyataan informan dan triangulasi :

“Umpan baliknya itu tadi, kalau misalnya dalam minggu itu banyak yang tidak mengirimkan laporan tepat waktu, biasanya saya woro-woro di grup jejaring itu. Saya evaluasi kalau mereka ternyata tidak maksimal, saya meminta kedepannya lebih bisa melaporkan tepat waktu. Saya beri motivasi” (I2)

“Langsung, langsung ada umpan baliknya dari puskesmas gitu langsung ada untuk jejringnya.” (I3)

“Jadi memang ada umpan balik dari puskesmas jadi ketahuan sih memang kasusnya itu setiap tiuhnya itu ada berapa setiap eee... minggunya.” (I4)

“Tadi itu dibuatin bulletin. Jadi bulletin itu setiap minggu kita buat. Kami ada Grup WA. Jadi kami nanti kirim filenya, mana yang belum tepat, belum lengkap laporannya. Makanya kita kirim ke WA grup itu untuk umpan balik.” (T1)

“...di grup, mereka itu dikirim graffik-grafik, jadi disana nantik terlihat, penyakit apa yang sedang meningkat, puskes mana yang tinggi. Dinkes juga mengingatkan kalauhari senin siang ada yang belum lapor.” (T2)

Informan menyatakan bahwa jika adanya kekurangan laporan yang belum lengkap atau tidak tepat waktu maka dengan adanya umpan balik ini, memungkinkan petugas di tingkat puskesmas untuk segera mengetahui kekurangan dan melakukan perbaikan di periode pelaporan berikutnya. Hasil observasi yang dilakukan menunjukkan bahwa adanya dokumen bulletin yang dibuat oleh Dinas Kesehatan sebagai bentuk umpan balik yang dilakukan. Buletin yang dibuat Dinas Kesehatan berisi informasi tentang tren data penyakit yang berpotensi KLB dalam 2 minggu terakhir, tidak hanya terbatas pada aspek administrasi seperti alert, kelengkapan dan ketepatan waktu laporan tetapi juga mencakup informasi yang lebih luas dan substantif seperti hambatan pelaksanaan dan rencana tindak lanjut. Hal ini menunjukkan adanya konsistensi antara data wawancara, hasil observasi dan dokumentasi.

Kesimpulan : Umpan balik dalam pelaporan SKDR dilakukan secara informal, dan berbasis komunikasi kelompok, yaitu melalui grup WA. Berbeda halnya dengan tingkat dinas kesehatan yang menggunakan bulletin terstruktur, pada tingkat puskesmas umpan balik lebih bersifat situasional dan responsive terhadap kondisi pelaporan yang terjadi setiap minggu.

Kegiatan monitoring dan evaluasi dalam pelaporan SKDR dilakukan secara berjenjang dan berkesinambungan, yaitu dari dinas kesehatan ke puskesmas, serta dari puskesmas ke jaringan dan jejaring di wilayah kerjanya. Di tingkat dinas kesehatan, monitoring dilakukan fokus pada pengelola surveilans di puskesmas. Petugas SKDR Puskesmas melakukan monitoring dan evaluasi terhadap jaringan dan jejaring untuk memastikan bahwa laporan yang disampaikan oleh jejaring benar. Selain itu, monitoring dan evaluasi rutin dilakukan mingguan, bulanan dan triwulan secara langsung di grup WA, lokmin linsek dan pertemuan rutin hingga ke kader. Bidan desa selalu menginformasinya bagaimana alur pelaporan, waktu pelaporan, dan memastikan bahwa pelaporan dikirim tepat waktu. Hasil wawancara mendalam sebagai berikut.

“Nah evaluasinya ini, memang iya lewat grup bisa. Kita punya grup ya, grup sendiri lewat online tp nanti per 3 bulan itu kan ada linsek, lintas sektoral, rapat ya, lokakarya mini, evaluasinya disitu.” (I1)

“Ada juga evaluasi mingguan di grup, kalau untuk pertemuan dengan jarring jejaring ada, berkesinambungan itu ada.” (I2)

“Setiap minggunya pasti ada selalu ada dipantau sama dinas kesehatan.” (I3)

“Kan memang kan kita ada grup ya mbak ya, grup surveillance dengan jejaring. Nah itu ketika ada pelaporan dan itu memang positif, ya memang langsung ditambahkan di situ. Sudah langsung dimonitoring sama Puskesmas.” (I4)

“Ada, dari Puskes kalau ada laporan kasus langsung ditanya ke masing-masing jejaringnya ya dari bidan desa. Kemudian dari bidan desa juga konfirmasi dulu ke kader. Jadi langsung dilakukan pemantauan.” (I5)

“Kalau untuk monitoring mungkin kita lebih ke pengelolaan surveilans puskesmasnya. Jadi kita lebih intensif lagi untuk mengingatkan mereka tentang pelaporan SKDR dan adanya penyakit apa yang timbul di situ. Jadi kita harus mengingatkan mereka.” (T1)

Informan menyatakan bahwa dilakukan upaya mengingatkan secara intensif tentang pelaporan SKDR. Kegiatan ini menunjukkan bahwa monitoring dan evaluasi dilakukan dengan pendekatan aktif dan berkelanjutan, bukan hanya sekedar kegiatan periodik.

Informan juga menyatakan bahwa puskesmas tidak hanya berperan sebagai penerima laporan saja, akan tetapi mengendalikan kualitas laporan dengan proses pemantauan langsung terhadap kebenaran data yang dilaporkan. Hasil dokumentasi terlihat bahwa dinas kesehatan bisa melakukan monitoring dan evaluasi pelaporan melalui aplikasi SKDR.

Kesimpulan dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi yang dilaksanakan mengindikasikan sistem umpan balik, monitoring dan evaluasi dalam pelaporan SKDR telah berjalan secara berjenjang dan berkesinambungan dari tingkat Dinas Kesehatan, puskesmas, hingga jaringan dan jejaring. Dinas kesehatan memberikan umpan balik secara formal, rutin, dan sistematis melalui bulletin mingguan yang didistribusikan melalui grup WhatsApp. Umpan balik tingkat puskesmas berperan dalam menjaga kedisiplinan dan mendorong perbaikan kinerja pelaporan jaringan dan jejaring. Dengan demikian, umpan balik yang diberikan bersifat komprehensif, tidak hanya digunakan sebagai kontrol, tetapi berfungsi sebagai sarana pembinaan serta peningkatan petugas.

Kegiatan monitoring dan evaluasi dalam pelaporan SKDR dilakukan secara berjenjang dan berkesinambungan, yaitu dari dinas kesehatan ke puskesmas, serta dari puskesmas ke jaringan dan jejaring di wilayah kerjanya. Bukan hanya untuk memantau ketepatan dan kelengkapan laporan saja, namun untuk pemantauan dan evaluasi resiko peningkatan kasus. Di tingkat puskesmas, monitoring dan evaluasi dilakukan secara real-time dan rutin untuk memastikan keakuratan data sebelum ditindaklanjuti.

5. Tindak Lanjut

Proses tindak lanjut terhadap sinyal *alert* dari jaringan dan jejaring menunjukkan adanya mekanisme berjenjang melalui Whatsapp dan

diperlukan waktu untuk validasi sebelum melakukan verifikasi kasus. Jika ada sinyal *alert* yang dilaporkan dari jaringan dan jejaring, maka petugas SKDR di tingkat puskesmas dalam waktu \leq 24 jam akan melakukan validasi terhadap laporan yang disampaikan, jika sudah pasti kasusnya, petugas SKDR puskesmas turun lapangan bersama bidan desa untuk melakukan tindak lanjut. Berikut pernyataan informan.

“Kita misalnya ada laporan kasus, terus kita detect di mana alamat wilayah segala macam, ya kita turun bareng-bareng dengan bidan desa, dengan kadernya. Iya, koordinasi ke tiuh dan aparat desanya, Kita ngelakuin PSN, juga pemantauan jentik berkala.” (I1)

“Iya PE, Kita lakukan PSN (Pemberantasan sarang nyamuk), Ada fogging juga. Kita melakukan penyuluhan tentang pencegahan DBD itu seperti apa dengan melakukan gaya hidup bersih dan sehat.” (I2)

“Kalau tindak lanjutnya setelah kami dapat laporan. Untuk mengarah kasus yang kiranya beresiko jadi KLB, kami langsung ambil tindakan. Kami kolaborasi dengan PJ terkait kasus DBD dengan PJ promkesnya, dengan keslingnya. langsung turun ke lapangan. Kalau ada laporan kami langsung ada tindak lanjutnya dilakukan PE atau PSN, langsung PE, PSN kami, terus ya promkes langsung penyuluhan bersama dengan aparat tiuh ya mbak kader juga.”(I3)

Informan menyatakan bahwa penyelidikan epidemiologi (PE) merupakan langkah awal tindak lanjut yang dilakukan ketika muncul sinyal *alert*. Hal tersebut sejalan dengan hasil validasi bersama informan triangulasi. Kegiatan ini dilakukan oleh dinas kesehatan bersama puskesmas untuk mengetahui penyebaran kasus di lapangan serta menentukan langkah penanggulangan agar tidak meluas. Selain itu dilakukan juga PSN, Fogging, dan penyuluhan terkait DBD. Hal tersebut dilakukan dalam upaya mencegah penularan sehingga penyebaran penyakit dapat dikendalikan.

Kesimpulan dari hasil wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi mengindikasikan tindak lanjut kasus berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB) dilakukan secara berjenjang melalui

Whatsapp dan diperlukan waktu untuk validasi sebelum melakukan verifikasi kasus. Tindak lanjut kasus berpotensi KLB dilakukan melalui kegiatan penyelidikan epidemiologi (PE), pengendalian vektor (PSN dan fogging), serta pendekatan promotif dan preventif (penyuluhan), dengan melibatkan lintas sektor dan masyarakat.

4.3.3. Komponen Output Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon (SKDR).

Dari hasil penelitian yang sudah dilaksanakan, komponen output dalam SKDR mengindikasikan efektivitas sistem sangat ditentukan oleh kualitas informasi yang dihasilkan dari proses pelaporan SKDR. Informasi tersebut meliputi ketepatan waktu pelaporan, kelengkapan data, serta kemampuan sistem dalam menghasilkan sinyal kewaspadaan dini (alert) terhadap potensi peningkatan kasus penyakit yang direspon ≤ 24 . Berikut data hasil observasi indikator efektivitas SKDR yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat.

Tabel 4.6 Hasil observasi indikator efektivitas SKDR

No	Indikator SKDR	Unit pelapor			
		Dinas Kesehatan	Panaragan Jaya	Candra Mukti	Mulya Asri
1	Ketepatan waktu pelaporan (Timeliness) $\geq 80\%$	90%	100%	98%	98%
2	Kelengkapan laporan $\geq 90\%$	100%	100%	100%	100%
3	Respon <i>Alert</i> ≤ 24 Jam 90%	94,7%	94,7%	98,2%	84,6%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan waktu pelaporan SKDR di dinas kesehatan yaitu 90%, di Puskesmas Panaragan Jaya sudah 100%, Puskesmas Candra Mukti dan Puskesmas Mulya Asri baru mencapai 98%. Capaian ketepatan waktu pelaporan sudah sesuai target $\geq 80\%$ meskipun masih dibawah 100%, hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar puskesmas telah melaporkan data sesuai jadwal, namun masih terdapat sedikit unit yang belum konsisten dalam

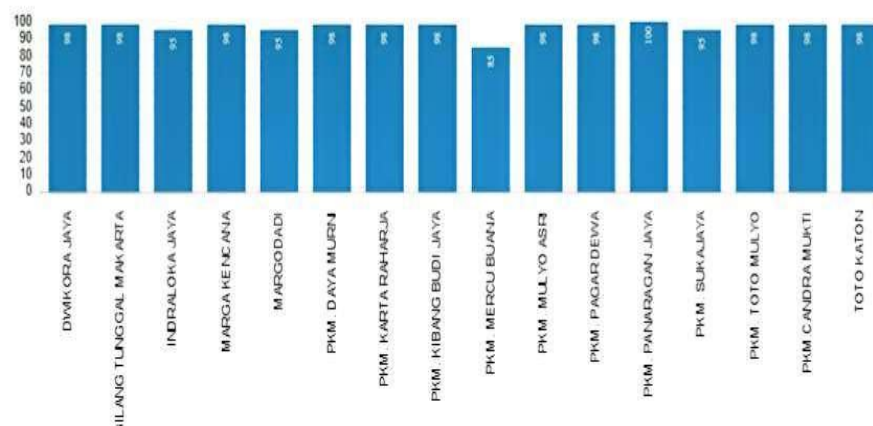
memenuhi batas waktu yang ditentukan. Hal tersebut selaras dengan hasil triangulasi sebagai berikut.

“Ketepatan waktu kadang ada 1 atau 2 Puskesmas itu ada yang nggak tepat waktu Jadi untuk Ketepatan biasanya di angka 98% 96%, Belum 100%.” (T1)

“Mungkin respon dari jaring-jejaringnya mungkin kadang kurang bisa tepat waktu tapi hanya 1-2 orang saja Sejauh ini tidak semuanya, ada beberapa.” (T1)

“Saya evaluasi terus, minta ditunjukkan grafik yang dari dinasnya, disitu kan terlihat tepat dan lengkapnya.” (T2)

Hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa informan menilai output SKDR sudah mampu memberikan gambaran situasi penyakit, namun masih terdapat kendala pada aspek ketepatan waktu dan konsistensi pelaporan. Pernyataan informan memberikan gambaran bahwa keterlambatan bersifat sporadis dan tidak terjadi secara menyeluruh. Berikut hasil dokumentasi ketepatan waktu pelaporan SKDR minggu ke 1 – ke 40 tahun 2025 untuk masing-masing puskesmas.



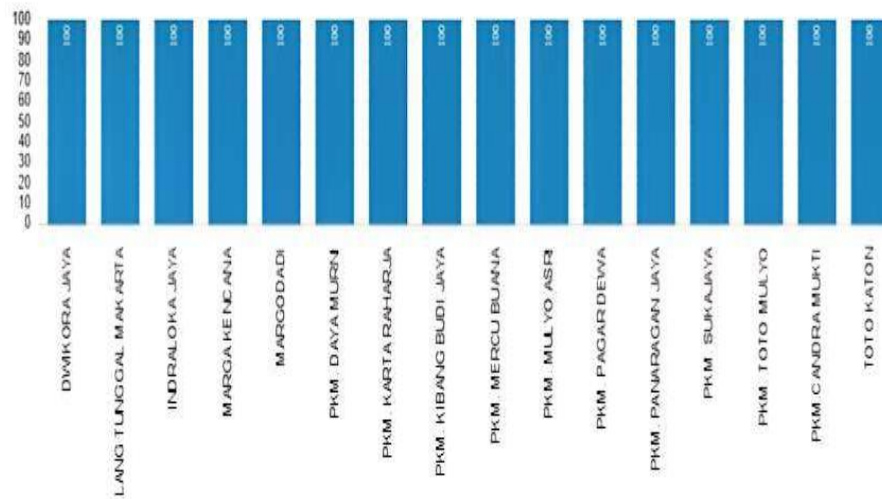
Gambar 4.5 Ketepatan Waktu Pelaporan SKDR (Aplikasi SKDR, 2025)

Hasil Observasi menunjukkan bahwa kelengkapan laporan SKDR sudah sesuai target di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat. Dari hasil pelaporan SKDR minggu ke 1 – ke 40 tahun 2025 menunjukkan bahwa capaian kelengkapan pelaporan SKDR sebesar 100%. Hal ini mengindikasikan bahwa seluruh unit pelapor di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang

Barat telah mengirimkan laporan secara lengkap, didukung dengan pernyataan informan sebagai berikut.

“Untuk kelengkapan sendiri Sudah 100%.” (T1)

Berikut merupakan hasil dokumentasi mengenai kelengkapan pelaporan data SKDR per masing-masing puskesmas minggu ke 1 – ke 40 tahun 2025.



Gambar 4.6 Kelengkapan Pelaporan SKDR Tahun 2025 (Aplikasi SKDR, 2025)

Informan menyebutkan bahwa capaian kelengkapan pelaporan mencapai 100%, selaras dengan hasil observasi dan dokumentasi yang menunjukkan bahwa capaian kelengkapan pelaporan minggu ke 1 – ke 40 tahun 2025 sebesar 100%.

Hasil penelitian respon *alert* ≤ 24 jam menunjukkan belum optimal, meskipun ditingkat dinas kesehatan sudah lebih dari target 90% yaitu 94,7%, Puskesmas Panaragan Jaya 94,7%, Puskesmas Candra Mukti 98,2% namun, di Puskesmas Mulya Asri masih dibawah target 84,6%. Berikut hasil wawancara dengan informan.

“Ya, justru DBD itu yang malah di tahun kemarin itu, sudah waspada ya. Udah ada lonjakan kasus, signifikan kan itu naiknya. Naiknya signifikan dari tahun kemarin juga. Di situ udah terdeteksi bakal ada KLB DBD. Kurang dari 24 jam sih responnya.” (I1)

“Sempat terjadi lonjakan kasus DBD di tahun kemarin ini. Kurang dari 24 sih biasanya.” (I2)

“Kalau untuk tahun ini untuk kasus demam dengue sendiri jarang muncul di alertnya.” (T1)

“Iya, itu jadi begitu ada alert langsung diverifikasi.”(T2)

Indikator adanya *alert* pada penyakit DBD yaitu adanya peningkatan kasus DBD di minggu ini yang lebih banyak dibandingkan kasus minggu sebelumnya. Dari hasil observasi di aplikasi SKDR, terdapat total 300 *alert* yang muncul, 92 *alert* diantaranya merupakan *alert suspect dengue*. Hal ini mengindikasikan DBD ialah bagian dari penyakit yang cukup dominan terdeteksi dalam sistem SKDR, sehingga membutuhkan perhatian khusus dalam upaya kewaspadaan dini. Meskipun sebagian besar *alert* telah direspons dengan baik, masih ditemukan 16 *alert* yang direspons melebihi batas waktu (>24 jam). Secara kualitatif, jumlah ini tergolong kecil dibandingkan total *alert*, namun tetap menunjukkan adanya keterlambatan respons yang perlu diperhatikan, mengingat kecepatan respons merupakan komponen krusial dalam mencegah terjadinya KLB. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pelaporan tidak berfokus pada gejala namun sudah ditingkat kasus, sehingga lonjakan kasus bisa terjadi tanpa terdeteksi secara dini.

Kesimpulan dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi mengindikasikan pelaporan SKDR di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat berdasarkan indikator sudah sesuai target. Hal tersebut menunjukkan komitmen tinggi petugas SKDR di lapangan serta efektivitas koordinasi dan pengawasan dari dinas kesehatan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa efektivitas SKDR di Kabupaten Tulang Bawang Barat berdasarkan ketepatan waktu pelaporan, kelengkapan pelaporan, dan respon *alert* sudah sesuai target. Namun demikian, tetap tidak terlepas dari peningkatan pada aspek ketepatan waktu dan kecepatan respons *alert*, serta penguatan dalam sensitivitas sistem dan

pemanfaatan data lapangan agar fungsi kewaspadaan dini dapat berjalan lebih efektif dalam mencegah kejadian luar biasa (KLB).

4.3.4. Rekapitulasi Hasil Penelitian

Tabel berikut merupakan rekapitulasi hasil wawancara yang telah dilakukan kepada informan. Data yang ditampilkan menggambarkan hasil pengelompokan jawaban berdasarkan tema atau aspek yang diteliti, sehingga dapat memberikan gambaran umum mengenai kondisi atau fenomena yang sedang dikaji.

Tabel 4.7 Tematik hasil wawancara dengan informan

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
A. INPUT			
1. SDM	Jumlah Petugas	<p>“Saya sendiri sih. Mungkin kurang sih kalau menurut saya”(I1)</p> <p>“Untuk di Puskesmas Candra Mukti ada satu petugas yang menjalankan program SKDR mbak. Menurut saya ini cukup sih Sudah cukup kok untuk satu petugas saja..” (I2)</p> <p>“Kalau jumlahnya ada satu, ya saya sendiri” (I3)</p>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan SDM dalam pelaksanaan SKDR terkait jumlah petugas dilakukan oleh satu orang petugas di masing-masing puskesmas.
	Tingkat pendidikan dan Kompetensi Petugas SKDR	<p>“Karena kan kebanyakan surveillance itu atau petugas SKDR itu tuh basic-nya bukan SKM epid gitu. Ada yang perawat notabene-nya. Ada yang dia bidan gitu kan. Bahkan ada yang perawat gigi....” (I1)</p> <p>“Berpengaruh sih sebenarnya Karena basic saya kan bukan ini ya Saya kan bidan.”(I2)</p> <p>“Saya SKM tapi ilmu perilaku.” (I3)</p>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kompetensi petugas dalam pelaksanaan SKDR ditinjau dari latar belakang pendidikan secara umum memiliki latar belakang pendidikan di bidang kesehatan, namun tidak seluruhnya memiliki kualifikasi khusus di bidang surveilans epidemiologi.

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
	Pelatihan Petugas SKDR	<p>“Pernah, 1 kali.” (I1)</p> <p>“Saya kemarin sudah mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan tentang surveillance epidemiologi dan ada materi tentang SKDR. (I2)</p> <p>“Pelatihan SKDR sudah pernah. Sudah pernah waktu itu ada di emersia ya pelatihan itu....” (I3)</p> <p>“Kalau untuk khusus pelatihan belum ada tapi kalau dari puskesmas memang kita diberitahu lah gitu, apa aja penyakit yang harus kita laporkan setiap minggunya.” (I4)</p> <p>“Tapi kalau untuk SKDR sendiri belum pernah pelatihan.” (I8)</p> <p>“Kalau pelatihan belum pernah bu, tapi kalau untuk penyuluhan sering tentang DBD, TBC dan penyakit lainnya.” (I10)</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan yang diikuti oleh petugas SKDR Pukesmas bukan pelatihan khusus SKDR, melainkan pelatihan surveilans epidemiologi yang didalamnya ada materi terkait SKDR. Adapun bidan desa dan kader belum mendapatkan pelatihan khusus mengenai SKDR.</p>
	Tugas Rangkap	<p>“Iya, sekarang dapat amanah kan PJ klaser 4, PJ di pelayanan, dalam gedung. PJ klaser 4, terus juga tim CKG juga inputan.” (I1)</p> <p>“Mempengaruhi sih... Soalnya di puskes kan saya megang banyak program, gak cuman surveilans aja....” (I2)</p> <p>“Ada, Saya megang PTM, saya juga megang diare.” (I3)</p> <p>“Kalau bidan desa pasti merangkap ya mba ya, karena semua pelaporan itu memang ujung tombaknya itu di bidan desa.” (I4)</p> <p>“Iya. Kalau bidan desa sebenarnya semua</p>	<p>Petugas SKDR, bidan desa dan kader tidak hanya dibebankan tugas pelaporan SKDR saja, akan tetapi diberikan tugas lain yang bahkan lebih dari 2 atau 3 program seperti pelaporan program lainnya,, PJ pelayanan gedung, dll, sehingga pekerjaan yang dilakukan oleh petugas tidak hanya khusus pelaporan SKDR saja.</p>

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
		<p><i>laporan. Semua laporan dihimpun ya, termasuk dari kader juga ya. Iya, semua Imunisasi, lansia, bumil, balita, semuanya.”</i> (15)</p> <p><i>“Jadi bukan Cuma satu aja, jadi laporannya kan balita, lansia, posyandu, diare, HT, TB, DM....”</i> (16)</p> <p><i>“Banyak sih mba, semua laporan minta ke bidan desanya.”</i> (17)</p>	
2. Pendanaan		<p><i>“Nggak ada. Tapi kalau untuk verifikasi sinyal PE-nya ada.”</i> (11)</p> <p><i>“Sejauh ini belum ada.. Tapi kalau untuk tindak lanjutnya, misal kami verifikasi sinyal. Itu ada pembiayaannya dari puskesmas Tapi kalau untuk terkait alokasi khusus untuk SKDR ini belum ada.”</i> (12)</p> <p><i>“Selama ini juga seringnya pakai dana pribadi kan untuk melaporin ini. Karena kan kita kan Nge-back up ada 48 anggota di jejaring. Mohon kalau bisa diperhatikan sih masalah pendanaan ini.”</i> (12)</p> <p><i>“Belum ada untuk dana khususnya. Selama ini masih pakai dana pribadi untuk ngumpul laporan dengan paket kita.”</i> (14)</p> <p><i>“Enggak, dana sendiri.”</i> (18)</p>	<p>Pendanaan program SKDR belum memiliki alokasi khusus dan masih terintegrasi dengan dana kegiatan lain seperti pada anggaran dana BOK dan untuk pelaporan masih menggunakan paket data pribadi.</p>
3. Sarana dan Prasarana	Dinas Kesehatan	<p><i>“Nah itu komputer sih yang memang kita kekurangannya kalau di puskesmas ya, ngerangkap-ngerangkap, berbagi.”</i> (11)</p>	<p>Sarana dan prasarana yang digunakan untuk menjalankan program SKDR telah tersedia meliputi komputer, jaringan</p>

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
		<p>“Jadi kadang kita akhirnya manual lewat Dinas kesehatan lewat WA. Karena sistemnya lagi gangguan, kan sistem dari pusat kan untuk SKDR.” (I2)</p> <p>“Kalau untuk pelaporannya kadang ya kalau sistemnya lagi error kayak gitu, kami ngirimkannya lewat ini manual, nggak lewat langsung ke aplikasi SKDR seperti itu.” (I3)</p> <p>“Ya HP aja, karena kan lewat WA. Jadi ada grup gitu Mbak, di grup itu kami dibuatkan grup jaring jejaring itu. Kendalanya kadang sinyal ya, namanya pakai wifi, kadang wifinya gangguan jd kadang laporannya terlambat.” (I5)</p> <p>“Pakai HP Karena lewat grup WA. Ya tentunya kalau kita kadang-kadang pasti ada lah ya jaringannya ngadat atau kebetulan lagi nggak ada paket gitu ya, wifi-nya error, misalnya kita ada keterlambatan biasanya sih.” (I6)</p> <p>“Biasanya sih pake HP, lewat WA. Terganggu dengan sinyalnya sih mba, kayaknya kadang.” (I8)</p>	<p>internet, dan smartphone (HP) melalui WA. namun adanya keterbatasan pada ketersediaan komputer yang belum dikhususkan untuk petugas SKDR. Penggunaan perangkat masih dilakukan secara bersama dengan petugas lain dan sering terjadi gangguan jaringan.</p>
B. PROSES			
1. Pengumpulan data	Sumber informasi	<p>“Ya itu yang sering terjadi itu panas, itu panas lebih dari 3 hari, terus disertai sama pusing. Pusingnya yang sangat-sangat, maksudnya sangat hebat gitu loh. Biasanya langsung diarahin</p>	<p>Proses pengumpulan data diawali dari kader yang melakukan pemantauan di masyarakat. Apabila ditemukan suspect penyakit menular seperti gejala demam</p>

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
		<p><i>berobat, terus dilaporin ke Bidan Desa.” (I8).</i> <i>“Belum, nanti kalau habis hasil lab nya sudah keluar baru kami laporkan ke bidan.” (I9).</i> <i>“Saya lapor lewat Grup WA ke bidan desa, nanti bidannya yang lapor ke puskes. Jika ada pasien DBD masih gejala sudah dilaporkan. Tapi yang sering saya laporkan kalau sudah positif, biasanya sudah di rumah sakit. Setiap ada warga yang kena DBD langsung dilaporkan. Kalau yang dilaporkan positif, sebelumnya dipastikan dulu benaran DBD atau bukan.” (I11)</i></p>	<p>lebih dari 3 hari dan mengarah ke DBD, maka kader akan langsung melaporkan ke bidan desa. Pelaporan dari kader melalui grup whatsapp secara langsung ke bidan desa biasanya dilakukan ketika gejala sudah cukup jelas atau positif bahkan sudah dirawat di rumah sakit.</p>
	<p>Alur pengumpulan data dari tingkat jaringan/ jejaring</p>	<p><i>“Kalau alurnya itu, kalau memang itu dari pasien saya, tentunya saya langsung melakukan pelaporan ke puskesmas. Tapi kalau dari kader, kader saya kan kebetulan ada 21 kader. Tapi memang tidak semua kader memahami, hanya ada beberapa saja. dan itu kalau yang memahami dia akan melaporkan ketika ada suspek seperti DBD gitu misalnya tetangganya atau lingkungan sekitarnya ada yang terkena demam lebih dari 3 hari terus kemudian pusing hebat biasanya dia akan melaporkan ke saya. Dari saya, nanti saya akan melakukan pelaporan ke</i></p>	<p>Pelaporan bersifat rutin setiap minggu yaitu di hari sabtu / minggu. Hal ini menunjukkan bahwa adanya jadwal yang tetap dalam pengumpulan data. Data yang sudah direkap oleh bidan desa, dilaporkan ke petugas SKDR Puskesmas</p>

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
		<p><i>puskesmas.” (I4)</i> <i>“Jadi kalau dari kami untuk pengumpulan data alurnya, jadwal pelaporan perminggunya itu biasanya dari klinik, pustu, dan kader. Biasanya kalau misalkan dari kader, klinik, dan pustu sudah ngasih laporan maka langsung kami laporkan, biasanya sih ditunggu sampai sabtu sore sama surveillanance puskesmasnya.” (I6)</i> <i>“Pelaporannya Ya Dari masyarakat. Kalau SKDR Laporannya langsung ke Bidan Desa Terus dari Bidan Desa Laporannya ke Puskes Di sabtu sore”(I7)</i></p>	
	Alur pelaporan tingkat puskesmas	<p><i>“Dari bidan desa, hari sabtu, atau hari minggu ya, setiap seminggu sekali. Senin pagi itu paling lambat. Masih senin pagi, makanya direkap, setelah selesai semua direkap, baru laporan ke dinas. Itu paling lambat, Senin sampai Selasa pagi.” (I1)</i> <i>“Jadi tiap sabtu sore atau sabtu malam itu saya sudah woro-woro di grup itu, grup jaring jejaring yang saya backup, trus kemudian setelah itu saya terima, saya rekap di register saya, kemudian saya laporkan ke dinas kesehatan, hari senin”. (I2)</i> <i>“Batas waktunya itu hari minggu malam udah harus selesai, karena</i></p>	<p>Alur pelaporan dilakukan berjenjang. Jaringan dan jejaring melaporkan data ke petugas SKDR Puskesmas secara rutin setiap minggunya maksimal di hari minggu. Selanjutnya, petugas SKDR puskesmas akan merekap data yang masuk dan melaporkan data SKDR melalui WA Grup langsung ke WA sistem kemenkes dan Dinas Kesehatan. Petugas SKDR puskesmas melakukan pelaporan data SKDR secara rutin setiap minggu di hari</p>

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
		<i>senin pagi saya udah ngerekap. Sabtu sore kalau bisa sesuai jadwalnya malam minggu. Karena pelaporan ke kabupatannya di hari senin pagi. Tapi udah rata-rata di hari sabtu sore itu udah mulai selesai pelaporan mereka.” (I3)</i>	senin - selasa.
2. Pengolahan data		<p><i>“Laporan yang mingguan itu tadi, yang via WA ya. Masih manual, kita input ke Excel.” (I1)</i></p> <p><i>“Gak ada sih, selama ini manual menggunakan excel. saya pakai register khusus untuk surveilans SKDR ini.” (I2)</i></p> <p><i>“Gak ada mba, tapi kalau untuk entry datanya kami pakek excel.” (I3)</i></p> <p><i>“Langsung ke sistem, kirim lewat WA ke no ini, apa namanya, nomor pusat ada sendiri, ada langsung dari pusat ada balasan tepat atau tidak tepat waktunya kami melaporkan.” (I3)</i></p>	<p>Pengolahan data SKDR mencakup rangkaian proses setelah data dikumpulkan yaitu rekapitulasi, verifikasi, pelaporan ke Dinas Kesehatan, hingga penginputan ke aplikasi SKDR. Pengolahan data dimulai dari rekap data oleh bidan desa, kemudian dilanjutkan oleh petugas SKDR Puskesmas yang melakukan rekap ulang sebelum dilaporkan ke dinas kesehatan</p>
3. Analisis data untuk deteksi alert		<p><i>“Kita tanya benar ada tidaknya kasus di mana, siapa, pasennya di mana, segala macam, ya ditanya langsung ke yang memang yang melaporkan di jejaringnya”. (I1)</i></p> <p><i>“Berdasarkan laporan dari rumah sakit atau warga desa atau bidan masyarakat itu, kemudian kita lakukan verifikasi sinyal. Kalau</i></p>	<p>Jika ada sinyal <i>alert</i> yang dilaporkan dari jaringan dan jejaring. maka petugas SKDR di tingkat puskesmas akan langsung melakukan validasi terhadap laporan yang disampaikan oleh jaringan dan jejaring. Petugas SKDR puskesmas akan melakukan</p>

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
		<p><i>memang sudah kita lakukan dan memang benar ada kasus seperti itu biasanya kami laporkan ke dinas kesehatan”. (I2)</i></p> <p><i>“Sebelum dikirimkan ke puskes, jadi sebelumnya saya itu nanya dulu saya konfirmasi dulu bener nggak sih DBD, takutnya kadang katanya jadi saya konfirmasi dulu bener atau tidaknya baru saya laporkan sudah benar, sudah pasti.” (I5)</i></p>	<p>konfirmasi ke bidan desa, klinik/RS untuk memverifikasi kasus tersebut, validasi dan verifikasi dilakukan segera setelah laporan masuk.</p>
4. Umpan Balik		<p><i>“Umpan baliknya itu tadi, kalau misalnya dalam minggu itu banyak yang tidak mengirimkan laporan tepat waktu, biasanya saya woro-woro di grup jejaring itu. Saya evaluasi kalau mereka ternyata tidak maksimal, saya meminta kedepannya lebih bisa melaporkan tepat waktu. Saya beri motivasi” (I2)</i></p> <p><i>“Langsung, langsung ada umpan baliknya dari puskesmas gitu langsung ada untuk jejringnya.” (I3)</i></p> <p><i>“Jadi memang ada umpan balik dari puskesmas jadi ketahuan sih memang kasusnya itu setiap tiuhnya itu ada berapa setiap eee... minggunya.” (I4)</i></p>	<p>Bentuk umpan balik yang dilakukan oleh petugas SKDR di tingkat puskesmas terkait pelaporan dengan adanya koordinasi di grup WA. Jika ada pelaporan yang tidak tepat waktu dan tidak maksimal, maka akan dikomunikasikan melalui grup WA.</p>
5. Monitoring dan Evaluasi pelaporan SKDR		<p><i>“Nah evaluasinya ini, memang iya lewat grup bisa. Kita punya grup ya, grup sendiri lewat online tp nanti per 3 bulan itu kan ada linsek, lintas</i></p>	<p>Petugas SKDR Puskesmas melakukan monitoring dan evaluasi terhadap jaringan dan jejaring</p>

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
		<p><i>sektoral, rapat ya, lokakarya mini, evaluasinya disitu.”(I1)</i> <i>“Ada juga evaluasi mingguan di grup, kalau untuk pertemuan dengan jarring jejaring ada, berkesinambungan itu ada.”(I2)</i> <i>“Setiap minggunya pasti ada selalu ada dipantau sama dinas kesehatan.”(I3)</i> <i>“Kan memang kan kita ada grup ya mbak ya, grup surveillance dengan jejaring. Nah itu ketika ada pelaporan dan itu memang positif, ya memang langsung ditambahkan di situ. Sudah langsung dimonitoring sama Puskesmas.” (I4)</i> <i>“Ada, dari Puskes kalau ada laporan kasus langsung ditanya ke masing-masing jejaringnya ya dari bidan desa. Kemudian dari bidan desa juga konfirmasi dulu ke kader. Jadi langsung dilakukan pemantauan.” (I5)</i></p>	<p>untuk memastikan bahwa laporan yang disampaikan oleh jejaring benar. Selain itu, monitoring dan evaluasi secara rutin dilakukan mingguan, bulanan dan triwulan secara langsung di grup WA, lokmin linsek dan pertemuan rutin hingga ke kader. Bidan desa selalu menginformasinya bagaimana alur pelaporan, waktu pelaporan, dan memastikan bahwa pelaporan dikirim tepat waktu.</p>
6. Tindak lanjut alert		<p><i>“Kita misalnya ada laporan kasus, terus kita detect di mana alamat wilayah segala macam, ya kita turun bareng-bareng dengan bidan desa, dengan kadernya. Iya, koordinasi ke tiuh dan aparat desanya, Kita ngelakuin PSN, juga pemantauan jentik berkala.” (II)</i> <i>“Iya PE, Kita lakukan PSN (Pemberantasan sarang nyamuk), Ada</i></p>	<p>Penyelidikan epidemiologi (PE) merupakan langkah awal tindak lanjut yang dilakukan ketika muncul sinyal alert. Selain itu dilakukan juga PSN, Fogging, dan penyuluhan terkait DBD.</p>

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
C. OUTPUT	1. Ketepatan waktu pelaporan	<p><i>foging juga. Kita melakukan penyuluhan tentang pencegahan DBD itu seperti apa dengan melakukan gaya hidup bersih dan sehat. “ (I2)</i></p> <p><i>“Kalau tindak lanjutnya setelah kami dapat laporan. Untuk mengarah kasus yang kiranya beresiko jadi KLB, kami langsung ambil tindakan. Kami kolaborasi dengan PJ terkait kasus DBD dengan PJ Promkesnya, dengan keslingnya. Langsung turun ke lapangan. Kalau ada laporan kami langsung ada tindak lanjutnya dilakukan PE Atau PSN, Langsung PE, PSN Kami, terus ya Promkes langsung penyuluhan bersama dengan aparat tiyuh ya mbak kader juga.”(I3)</i></p>	<p>Ketepatan waktu pelaporan SKDR di Puskesmas tergantung dari ketepatan pelaporan dari jaringan dan jejaring.</p>
		<p><i>“Tepat sih... Ketepatan iya. Keterlambatan jejaringnya laporannya, itu yang mempengaruhi ya. Kita nunggu nih untuk rekap. Kalau jejaringnya terlambat, jadi bisa terlambat juga pelaporannya.”(I1)</i></p> <p><i>“Kalau saya ngirim ke dinas kesehatan selama ini selalu tepat waktu... Cuman kalau untuk jarring jejaring ada satu dua yang eee,, ini yang kadang suka telat gitu, akhirnya terlewatkan gitu.” (I2)</i></p> <p><i>“Tepat waktu... Kalau dari jejaring sama laporan dari bawahnya itu terlambat, Ya otomatis</i></p>	

Tabel 4.7 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Kutipan (Jawaban Informan)	Interpretasi / Kesimpulan
		<i>kami juga yang dari Puskesmas terlambat untuk mengirimkan laporannya ke Dinas Kesehatan mbak, karena kan sinyal itu tadi.” (I3)</i>	
2. Kelengkapan laporan		<p>“...lengkap. ...kelengkapan iya.”(I1) “Kalau saya ngirim ke dinas kesehatan selama ini selalu lengkap...”(I2) “Sudah lengkap”(I3)</p>	Kelengkapan laporan yang dinyatakan oleh informan sesuai dengan hasil observasi sudah 100% di semua puskesmas.
3. Respon Alert		<p>“Ya, justru DBD itu yang malah di tahun kemarin itu, sudah waspada ya. Udah ada lonjakan kasus, signifikan kan itu naiknya. Naiknya signifikan dari tahun kemarin juga. Di situ udah terdeteksi bakal ada KLB DBD. Kurang dari 24 jam sih responnya.”(I1) “Sempat terjadi lonjakan kasus DBD di tahun kemarin ini. Kurang dari 24 sih biasanya”(I2) “Langsung sih, kurang dari 24 jam.”(I3)</p>	Puskesmas sudah melakukan respon alert kurang dari 24 jam.

Triangulasi data dilakukan untuk memvalidasi keabsahan dan *kredibilitas* data yang diperoleh dari informan. Hasil wawancara triangulasi dengan surveilans dinas kesehatan, kepala puskesmas dan kepala tiyuh, telah direkap dalam Tabel 4.8, tema sesuai komponen yang diteliti.

Tabel 4.8 Tematik hasil triangulasi

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
A. INPUT						
1. SDM	Jumlah Petugas	Hasil penelitian mengindikasikan ketersediaan SDM dalam pelaksanaan SKDR terkait jumlah petugas dilakukan oleh satu orang petugas di masing-masing puskesmas.	-	<i>“Surveilans Cuma 1 orang di puskesmas ini. Saya rasa cukup....”(T2)</i>	<i>“Kalau untuk di Dinas Kesehatan yang menjalankan program SKDR itu ada dua... Kalau untuk pelaporan di dinas sendiri saya rasa cukup dua saja” (T1)</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya manusia (SDM) dalam pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) secara kuantitas, jumlah petugas telah mencukupi, yang terdiri dari 2 petugas di tingkat Dinas Kesehatan dan 1 petugas di masing-masing Puskesmas.
	Tingkat Pendidikan dan Kompetensi Petugas SKDR	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kompetensi petugas dalam pelaksanaan SKDR ditinjau dari latar belakang pendidikan, sebagian besar tidak memiliki latar belakang epidemiologi, melainkan memiliki latar belakang	<i>“Kalau kader rata-rata tamat SMA, bidan setau saya masih D3....”(T3)</i>	<i>“Surveilans di puskesmas ini basicnya bidan ya, belum sesuai. Harunya kan ahli epid ya”(T2)</i>	<i>“Saya sendiri juga sebenarnya latar belakangnya di bidan, tapi untuk di dinas saya memegang SKDR. Kalau untuk pendidikan menurut saya sebenarnya harus</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kompetensi petugas SKDR belum sesuai. Sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan di bidang kesehatan, namun tidak seluruhnya memiliki kualifikasi khusus di bidang surveilans epidemiologi

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
		bidan, perawat, dan kesehatan masyarakat non-epidemiologi.			<i>dipegang sama epidemiologi” (T1)</i>	
	Pelatihan Petugas SKDR	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan yang diikuti oleh petugas SKDR Pukesmas bukan pelatihan khusus SKDR, melainkan pelatihan surveilans epidemiologi yang didalamnya ada materi terkait SKDR. Sedangkan bidan desa dan kader belum mendapatkan pelatihan khusus mengenai SKDR.	<i>“Belum Pernah dilatih” (T3)</i>	<i>“Sudah pelatihan mereka, yang ngadain dinkes. Pelatihan surveilans seperti” (T2)</i>	<i>“Ikut pelatihan SKDRnya dari Kemenkes.” (T1)</i>	Pelatihan khusus SKDR baru diterima oleh petugas SKDR di dinas kesehatan, sementara petugas SKDR puskesmas hanya memperoleh pelatihan surveilans epidemiologi yang mencakup materi SKDR Sedangkan bidan desa dan kader belum mendapatkan pelatihan khusus mengenai SKDR.
	Tugas Rangkap	Petugas SKDR, bidan desa dan kader tidak hanya dibebankan tugas pelaporan SKDR saja, akan tetapi diberikan tugas lain yang bahkan lebih dari 2 atau 3 program seperti	<i>“Semua tugas kesehatan mintak sama kader, bidan juga...” (T3)</i>	<i>“Surveilans saya ini rajin, jadi dibebankan banyak program” (T2)</i>	<i>“Kalau tugas rangkap ya banyak rangkap, mbak. Selain SKDR, ada tugas lain yang harus dikerjakan juga. Saya pegang BOK juga dan</i>	Terdapat kendala utama berupa tugas rangkap pada seluruh level SDM, baik di dinas kesehatan, puskesmas, hingga bidan desa dan kader. Petugas tidak hanya menjalankan program SKDR saja, tetapi

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
		pelaporan program lainnya,, PJ pelayanan gedung, dll, sehingga pekerjaan yang dilakukan oleh petugas tidak hanya khusus pelaporan SKDR saja.			<i>Pelaporan Surveillance lainnya. Itu kan banyak selain SKDR, jadi bukan pegang SKDR aja yang dipegang.”</i> (T1)	dibebankan dengan tugas lain bahkan lebih dari 2 atau 3 program.
4. Pendanaan		Pendanaan program SKDR belum memiliki alokasi khusus dan masih terintegrasi dengan dana kegiatan lain seperti pada anggaran dana BOK.	<i>“Pakek paket sendiri, gak ada dana khusus”</i> (T3)	<i>“...ada tapi tidak khusus untuk pelaporan SKDR”</i> (T2)	<i>“Kalau untuk khusus dana SKDR tidak ada. Kalau untuk dana yang dari BOK itu untuk verifikasi sinyal.”</i> (T1)	Kebutuhan dana program SKDR belum memiliki alokasi khusus yang masih terintegrasi dengan dana kegiatan lain dan belum terpenuhi secara menyeluruh terutama untuk mendukung kegiatan rutin seperti pelaporan dan pemantauan.
5. Sarana dan Prasarana		Sarana dan prasarana yang digunakan untuk menjalankan program SKDR telah tersedia meliputi komputer, jaringan internet, dan smartphone (HP) melalui	<i>“Bidan gak ada laptop apalagi kader. Lewat HP aja kayeknya. Karena ada grup, ramek kalau ada DBD</i>	<i>“Ada komputer tapi untuk laporan cuma satu barengan..... Untuk Laporan mereka itu pakek HP.... Kalau mati lampu sinyal</i>	<i>“Kalau untuk saat ini untuk sarana-prasarana mendukung di dinasnya sudah ada ya mbak. komputer, wifi juga</i>	Ketersediaan sarana dan prasarana belum sepenuhnya diikuti dari aspek kecukupan dan kebutuhan program. Keterbatasan tersedianya perangkat komputer,

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
		WA, namun adanya keterbatasan pada ketersediaan komputer yang belum dikhususkan untuk petugas SKDR. Penggunaan perangkat masih dilakukan secara bersama dengan petugas lain dan sering terjadi gangguan jaringan.	<i>pasti ribut-ribut di grup. Sinyal kadang bagus kadang muter-muter.”(T3)</i>	<i>hilang....”(T2)</i>	<i>ada.”(T1) “Biasanya aplikasinya, kan kalau aplikasi itu dari pusat jadi kita gak bisa menghandel jadi kadang pelaporannya itu telat karena ada trouble di pusatnya dari aplikasi SKDR itu sendiri.”(T1)</i>	gangguan (<i>trouble</i>) sistem aplikasi SKDR dan kendala akses jaringan tidak hanya menghambat proses input data, tetapi juga berdampak pada keterlambatan pengiriman laporan mingguan dan berpotensi menurunkan sensitivitas sistem dalam mendeteksi dini peningkatan kasus penyakit.
B. PROSES						
1. Pengumpulan data		Pelaporan dari kader melalui grup whatsapp secara langsung ke bidan desa biasanya dilakukan ketika gejala sudah cukup jelas atau positif bahkan sudah dirawat di rumah sakit. Alur pelaporan dilakukan berjenjang. Jaringan dan jejaring melaporkan data ke petugas SKDR	<i>“Harusnya yang dilaporkan itu yang sudah pasti positif ya.”(T3)</i>	<i>“eee, mereka dari semua jaringan dan jejaring....”(T2) “Mereka laporan itu di mingguan, jadi senin itu sudah harus kirim WA...”(T2) “Masalahnya kadang laporan dari jejaring itu sudah</i>	<i>“Jadi kalau surveillance Puskesmas Minta data dari Jejaring itu setiap hari Sabtu dan minggu. Terus mereka hari Senin Selasa baru melaporkan ke Dinas Kesehatan.”(T1)</i>	Mekanisme pelaporan sistem kewaspadaan dini dan respon (SKDR) mulai dari pengumpulan data SKDR telah berjalan dengan baik, terstruktur, dan memiliki alur waktu yang jelas setiap minggunya dengan timeline waktu yang telah ditetapkan. Pengumpulan data dilakukan secara berjenjang

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
		<p>Puskesmas secara rutin setiap minggunya maksimal di hari minggu. Selanjutnya, petugas SKDR puskesmas akan merekap data yang masuk dan melaporkan data SKDR melalui WA Grup langsung ke WA sistem kemenkes dan Dinas Kesehatan. Petugas SKDR puskesmas melakukan pelaporan data SKDR secara rutin setiap minggu di hari senin - selasa.</p>		<p><i>positif...”(T2)</i></p>		<p>mulai dari tingkat kader, bidan desa, puskesmas, hingga dinas kesehatan. Selain itu, sistem juga memiliki fleksibilitas untuk pelaporan segera apabila ditemukan kasus suspect yang harus segera dilaporkan < 24 jam. Namun demikian, ditemukan bahwa kasus yang lebih sering dilaporkan adalah kasus yang sudah dipastikan positif, bahkan setelah pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit. Kondisi ini menunjukkan bahwa kader dan bidan desa belum optimal memahami konsep deteksi dini dalam SKDR.</p>
<p>2. Pengolahan data</p>		<p>Pengolahan data SKDR mencakup rangkaian proses setelah data dikumpulkan yaitu rekapitulasi, verifikasi,</p>	<p>-</p>	<p><i>“...rekap aja, jadi grup mana yang dilaporkan datanya dipastikan lagi benar atau tidak,</i></p>	<p><i>“Jadi kalau untuk ngolah data ada aplikasi SKDR khusus untuk Dinas dari Pusat</i></p>	<p>Proses pengolahan data SKDR telah memiliki alur yang sistematis dan berjenjang. Mekanisme ini dilakukan dalam upaya</p>

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
		pelaporan ke Dinas Kesehatan, hingga penginputan ke aplikasi SKDR. Pengolahan data dimulai dari rekap data oleh bidan desa, kemudian dilanjutkan oleh petugas SKDR Puskesmas yang melakukan rekap ulang sebelum dilaporkan ke dinas kesehatan		<i>kalau sudah pasti itu suspek baru dijadikan satu trus dilaporkan lewat WA.”(T2)</i>	<i>Kemenkes langsung. Di aplikasi SKDR itu juga kegiatan entry data Penyajian data dan analisis semua ada. Memang sudah ada menu nya Jadi sudah praktis lah istilahnya.” (T1)</i>	menjaga kelengkapan dan validitas data sebelum dilaporkan ke level yang lebih tinggi. Pelaporan dilakukan melalui WA dan rekapitulasi menggunakan buku register serta aplikasi excel. Disisi lain, pengolahan data di tingkat Dinas Kesehatan telah didukung oleh aplikasi SKDR yang terintegrasi Kementerian Kesehatan. Aplikasi menyediakan fitur entry data, analisis, monitoring pelaporan dan penyajian data secara lebih praktis dan efisien.
3. Analisis data untuk deteksi alert		Jika ada sinyal <i>alert</i> yang dilaporkan dari jaringan dan jejaring, maka petugas SKDR di tingkat puskesmas akan langsung melakukan validasi terhadap laporan yang disampaikan oleh	-	<i>“oo langsung, langsung ditanggapi.”(T2)</i>	<i>“Setelah mereka mengirimkan laporan puskesmas itu. Jadi nanti akan keluar alert, baru sebelum kita memverifikasi.</i>	Jika ada alert masuk, petugas SKDR puskesmas akan melakukan konfirmasi ke bidan desa, klinik/RS untuk memverifikasi kasus tersebut, validasi dan verifikasi dilakukan segera

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
		<p>jaringan dan jejaring. Petugas SKDR puskesmas akan melakukan konfirmasi ke bidan desa, klinik/RS untuk memverifikasi kasus tersebut, validasi dan verifikasi dilakukan segera setelah laporan masuk.</p>			<p><i>Kita validasi dulu, kita tanyakan dulu kebenarannya, benar nggak ada kasus seperti ini di puskesmas ini. Setelah mereka konfirmasi maka baru kita verifikasi untuk alertnya. Jadi kurang dari 24 jam, alert itu harus diverifikasi oleh kami.” (T1)</i></p>	<p>setelah laporan masuk.</p>
4. Umpan Balik		<p>Bentuk umpan balik yang dilakukan oleh petugas SKDR di tingkat puskesmas terkait pelaporan dengan adanya koordinasi di grup WA. Jika ada pelaporan yang tidak tepat waktu dan tidak maksimal, maka akan</p>	-	<p><i>“...di grup, mereka itu dikirim graffik-grafik, jadi disana nantik terlihat, penyakit apa yang sedang meningkat, puskes mana yang tinggi. Dinkes juga mengingatkan kalauhari senin</i></p>	<p><i>“Tadi itu dibuatin bulletin. Jadi bulletin itu setiap minggu kita buat. Kami ada Grup WA. Jadi kami nanti kirim filenya, mana yang belum tepat, belum lengkap</i></p>	<p>Umpan balik dalam pelaporan SKDR dilakukan secara informal, dan berbasis komunikasi kelompok, yaitu melalui grup WA. Berbeda halnya dengan tingkat dinas kesehatan yang menggunakan bulletin terstruktur, pada tingkat</p>

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
5. Monitoring dan Evaluasi pelaporan SKDR		dikomunikasikan melalui grup WA.		<i>siang ada yang belum lapor.”(T2)</i>	<i>laporannya. Makanya kita kirim ke WA grup itu untuk umpan balik.” (T1)</i>	puskesmas umpan balik lebih bersifat situasional dan responsive terhadap kondisi pelaporan yang terjadi setiap minggu.
		Petugas SKDR Puskesmas - melakukan monitoring dan evaluasi terhadap jaringan dan jejaring untuk memastikan bahwa laporan yang disampaikan oleh jejaring benar. Selain itu, monitoring dan evaluasi secara rutin dilakukan mingguan, bulanan dan triwulan secara langsung di grup WA, lokmin linsek dan pertemuan rutin hingga ke kader. Bidan desa selalu menginformasinya bagaimana alur pelaporan, waktu pelaporan, dan memastikan bahwa pelaporan dikirim tepat waktu.		<i>“Iya...”(T2)</i>	<i>“Kalau untuk monitoring mungkin kita lebih ke pengelolaan surveilans puskesmasnya. Jadi kita lebih intensif lagi untuk mengingatkan mereka tentang pelaporan SKDR dan adanya penyakit apa yang timbul di situ. Jadi kita harus mengingatkan mereka.” (T1)</i>	Kegiatan monitoring dan evaluasi dalam pelaporan SKDR dilakukan secara berjenjang dan berkesinambungan, yaitu dari dinas kesehatan ke puskesmas, serta dari puskesmas ke jaringan dan jejaring di wilayah kerjanya. Bukan hanya untuk memantau ketepatan dan kelengkapan laporan saja, namun untuk pemantauan dan evaluasi resiko peningkatan kasus. Di tingkat puskesmas, monitoring dan evaluasi dilakukan secara real-time dan rutin untuk memastikan keakuratan data sebelum ditindaklanjuti.

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
6. Tindak lanjut alert		Penyelidikan epidemiologi (PE) merupakan langkah awal tindak lanjut yang dilakukan ketika muncul sinyal <i>alert</i> . Selain itu dilakukan juga PSN, Fogging, dan penyuluhan terkait DBD.	<i>“Pemberitahuan di grup, karena ada aparat juga disitu baru turun bareng-bareng. Didata kalau perlu poging lnsung dipoging.” (T3)</i>	<i>“Dinkes kadang ikut turun tapi seringnya hanya nelpon meningatkan agar segera di intervensi.” (T2)</i>	<i>“Tindak lanjutnya sendiri, kita melakukan PE. Jika ada sinyal alert yang muncul, bersama puskesmas kita melakukan Penyelidikan epidemiologi.” (T1)</i>	Tindak lanjut kasus berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB) dilakukan secara berjenjang melalui Whatsapp dan diperlukan waktu untuk validasi sebelum melakukan verifikasi kasus. Tindak lanjut kasus berpotensi KLB dilakukan melalui kegiatan penyelidikan epidemiologi (PE), pengendalian vektor (PSN dan fogging), serta pendekatan promotif dan preventif (penyuluhan), dengan melibatkan lintas sektor dan masyarakat.
C. OUTPUT						
1. Ketepatan Waktu Laporan SKDR		Ketepatan waktu pelaporan SKDR di Puskesmas tergantung dari ketepatan pelaporan dari jaringan dan jejaring.	-	<i>“Sudah, sudah tepat.” (T2)</i> <i>“Saya evaluasi terus, minta ditunjukkan grafik yang dari dinasnya, disitu kan terlihat tepat dan</i>	<i>“Ketepatan waktu kadang ada 1 atau 2 Puskesmas itu ada yang nggak tepat waktu Jadi untuk Ketepatan biasanya di angka 98% 96% , Belum</i>	Ketepatan waktu pelaporan SKDR di dinas kesehatan yaitu 90%, di Puskesmas Panaragan Jaya sudah 100%, Puskesmas Candra Mukti dan Puskesmas Mulya Asri baru mencapai 98%. Capaian ketepatan

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
				<i>lengkapny.</i> ”(T2)	<i>100%.” (T1) “Ketepatan waktu kadang ada 1 atau 2 Puskesmas itu ada yang nggak tepat waktu Jadi untuk Ketepatan biasanya di angka 98% 96% , Belum 100%.” (T1)</i>	waktu pelaporan sudah sesuai target $\geq 80\%$ meskipun masih dibawah 100%, hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar puskesmas telah melaporkan data sesuai jadwal, namun masih terdapat sedikit unit yang belum konsisten dalam memenuhi batas waktu yang ditentukan.
2. Kelengkapan Laporan SKDR		Kelengkapan laporan yang dinyatakan oleh informan sesuai dengan hasil observasi sudah 100% di semua puskesmas.	-	<i>“Sudah Lengkap.”(T2)</i>	<i>“Untuk kelengkapan sendiri Sudah 100% .” (T1)</i>	Kelengkapan pelaporan mencapai 100%, selaras dengan hasil observasi dan dokumentasi yang menunjukkan bahwa capaian kelengkapan pelaporan minggu ke 1 – ke 40 tahun 2025 sebesar 100%.

Tabel 4.8 (lanjutan)

Tema Utama	Subtema	Interpretasi Sumber Informan	Sumber Kepala Tiyuh	Sumber Kepala Puskesmas	Sumber Dinas Kesehatan	Interpretasi Triangulasi
3. Respon Alert		Puskesmas sudah melakukan respon <i>alert</i> kurang dari 24 jam.	-	<i>“Iya, itu jadi begitu ada alert langsung diverifikasi.” (T2)</i>	<i>“Kalau untuk tahun ini untuk kasus demam dengue sendiri jarang muncul di alertnya.” (T1)</i>	Meskipun puskesmas menyatakan sudah merespon <i>alert</i> kurang dari 24 jam, namun <i>alert suspect dengue</i> jarang muncul. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pelaporan tidak berfokus pada gejala namun sudah ditingkat kasus, sehingga lonjakan kasus bisa terjadi tanpa terdeteksi secara dini.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

1. Jumlah sumber daya manusia (SDM) SKDR secara kuantitas sudah mencukupi, baik di dinas kesehatan maupun puskesmas, namun masih terdapat ketidaksesuaian kompetensi, pelatihan yang belum merata, serta tugas rangkap yang berdampak pada kinerja dan ketepatan pelaporan. Dari sisi pendanaan, belum adanya alokasi dana khusus untuk pelaporan SKDR yang sudah menggunakan sistem real time menyebabkan keterbatasan dukungan operasional dan ketergantungan pada dana kegiatan lain yang lebih berfokus pada kegiatan reaktif, sehingga kegiatan rutin seperti pelaporan dan pemantauan belum berjalan maksimal. Sarana dan prasarana sebenarnya sudah tersedia dan didukung sistem digital, namun masih terkendala keterbatasan perangkat, keterbatasan jaringan, dan ketergantungan pada sistem pusat, serta belum terintegrasinya pelaporan di tingkat jaringan dan jejaring, sehingga bisa menyebabkan pelaporan SKDR terlambat.
2. Proses pelaporan SKDR kasus DBD mulai dari pengumpulan data, pengolahan data, deteksi serta respon sinyal, hingga umpan balik, monitoring, dan tindak lanjut kasus yang dilakukan secara berjenjang dan melibatkan lintas sektor. Sistem ini juga didukung koordinasi yang baik serta pemanfaatan teknologi di tingkat dinas kesehatan, sehingga mampu mendukung upaya deteksi dini dan penanganan kasus, termasuk potensi KLB. Namun, masih terdapat beberapa kendala seperti perbedaan pemahaman di tingkat jaringan dan jejaring yang memengaruhi ketepatan pelaporan seperti pelaporan yang dilaporkan seharusnya masih tahap gejala namun dari sumber informasi dilaporkan setelah positif atau kasus konfirmasi, proses pengolahan data di puskesmas yang masih semi manual, puskesmas belum mendapatkan akses langsung ke aplikasi web

SKDR dan proses mekanisme yang membutuhkan waktu validasi sebelum melakukan verifikasi dan dilaporkan, kemampuan penyajian data tingkat puskesmas masih bergantung pada hasil yang dikirimkan oleh dinas kesehatan, belum terintegrasinya sistem pelaporan secara menyeluruh, serta mekanisme pengumpulan data yang masih kumulatif sehingga berpotensi menyebabkan keterlambatan munculnya alert di aplikasi SKDR. Umpan balik, evaluasi, monitoring dan tindak lanjut sudah berjalan sesuai porsinya masing-masing yang merupakan bentuk dukungan agar pelaporan SKDR tepat, lengkap dan respon cepat.

3. Fenomena baru yang ditemukan pada penelitian ini, pada proses pengumpulan data yaitu kecenderungan bahwa kasus yang lebih sering dilaporkan adalah kasus yang sudah dipastikan positif, bahkan setelah pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemahaman jaringan dan jejaring terhadap konsep deteksi dini dalam pelaporan SKDR masih belum optimal, pelaksana belum memahami apa yang harus dilaporkan. Idealnya, pelaporan dilakukan sejak tahap gejala awal (*early warning*) untuk memungkinkan respon cepat dan pencegahan penyebaran penyakit. Adanya kecenderungan menunggu konfirmasi laboratorium justru berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam sistem kewaspadaan dini dan belum sesuai dengan prinsip SKDR, khususnya dalam hal sensitivitas pelaporan terhadap kasus suspek. Faktor latar belakang pendidikan yang belum sesuai dan pelatihan yang belum merata menyebabkan pemahaman yang berbeda-beda sehingga data yang dilaporkan tidak sesuai. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan pemahaman dan pelatihan bagi kader dan bidan desa agar mampu melakukan deteksi dini secara lebih responsif dan tepat waktu.
4. Fenomena lain menunjukkan bahwa pada proses analisis data dan tindak lanjut, perlu dilakukan validasi dan verifikasi data terlebih dahulu yang membutuhkan waktu sehingga bisa menyebabkan keterlambatan pelaporan dan memengaruhi sensitivitas sistem pelaporan.
5. Efektivitas SKDR kasus DBD di Kabupaten Tulang Bawang Barat berdasarkan ketepatan waktu pelaporan, kelengkapan pelaporan, dan respon alert sudah sesuai target. Namun demikian, tetap tidak terlepas

dari peningkatan pada aspek ketepatan waktu dan kecepatan respons *alert*, serta penguatan dalam sensitivitas sistem dan pemanfaatan data lapangan agar fungsi kewaspadaan dini dapat berjalan lebih efektif dalam mencegah kejadian luar biasa (KLB).

6.2. Saran

6.2.1. Saran bagi Dinas Kesehatan

1. Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada pemegang kebijakan dan Intas sektor terkait dalam mendukung pelaksanaan upaya peningkatan deteksi dini kasus DBD agar tidak terjadi KLB terutama dukungan dalam pelaksanaan proses pelaporan SKDR.
2. Meningkatkan kapasitas SDM melalui pelatihan teknis SKDR secara berkala dan merata mulai dari dinas kesehatan hingga ke puskesmas, bidan desa, dan kader, khususnya dalam mekanisme pelaporan, analisis data, interpretasi alert dan deteksi dini kasus.
3. Menyusun kebijakan serta alokasi anggaran khusus pelaporan SKDR, terutama untuk mendukung operasional pelaporan seperti kegiatan monitoring dan evaluasi, pengadaan dana khusus untuk kuota internet/pulsa sehingga tidak lagi bergantung pada dana pribadi petugas.
4. Penyediaan sarana dan prasarana, penyediaan perangkat komputer khusus pelaporan dan pemantauan SKDR yang sesuai standar dan spesifikasi penggunaan aplikasi pelaporan SKDR dan penguatan jaringan internet yang mendukung kecepatan pelaporan, dan pengawasan terhadap kinerja sistem aplikasi SKDR agar lebih optimal.
5. Memberikan akses aplikasi SKDR kepada puskesmas, termasuk fitur analisis data dan monitoring, agar puskesmas dapat melakukan pemantauan tren kasus dan respon dini secara mandiri tanpa menunggu umpan balik dari dinas kesehatan.
6. Mengembangkan sistem pelaporan yang terintegrasi dan real-time, terutama untuk penyakit berpotensi KLB seperti DBD, sehingga tidak hanya bergantung pada laporan mingguan dan

dapat meningkatkan kecepatan respon ≤ 24 jam yang bisa menjangkau sampai ke level kader / masyarakat seperti aplikasi mobile SKDR.

7. Memperkuat sistem monitoring dan evaluasi (monev) secara rutin dan terjadwal, serta memberikan umpan balik yang lebih spesifik dan berdasar data untuk meningkatkan kualitas dan ketepatan pelaporan di puskesmas.
8. Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan jaringan/jejaring, dengan melibatkan aparat desa, kader, dan fasilitas kesehatan lainnya melalui forum koordinasi rutin guna memperkuat sistem deteksi dini di tingkat masyarakat.

6.2.2. Saran bagi Puskesmas

1. Meningkatkan kapasitas petugas SKDR melalui keikutsertaan aktif dalam pelatihan, serta melakukan pembelajaran mandiri terkait mekanisme pengumpulan, analisis data, interpretasi alert, dan deteksi dini kasus sesuai pedoman SKDR.
2. Pembagian tugas yang merata agar beban kerja bisa dilakukan secara optimal.
3. Penyediaan alokasi anggaran khusus pelaporan SKDR, terutama untuk mendukung operasional pelaporan seperti kuota internet/pulsa, kegiatan monitoring dan evaluasi, sehingga tidak lagi bergantung pada dana lain atau dana pribadi petugas.
4. Mengoptimalkan pelaporan tepat waktu, dengan memperkuat komitmen petugas serta membuat pengingat internal agar laporan tidak terlambat, terutama untuk kasus suspek yang harus dilaporkan <24 jam.
5. Mendorong pelaporan berbasis gejala (suspek) di tingkat jaringan/jejaring tanpa menunggu konfirmasi laboratorium, sehingga deteksi dini dan respon dapat dilakukan lebih cepat.
6. Memperkuat koordinasi dengan jaringan/jejaring, seperti bidan desa, kader, dan fasilitas kesehatan lain, melalui komunikasi rutin

dan pemberian motivasi agar pelaporan dilakukan secara cepat dan akurat.

7. Mengoptimalkan pemanfaatan sarana yang ada, seperti ketersediaan perangkat komputer secara khusus, penggunaan smartphone, WhatsApp, penguatan jaringan internet dan aplikasi digital untuk mempercepat alur pelaporan dan komunikasi data.
8. Meningkatkan pencatatan, pengolahan dan analisis data secara lebih sistematis, dengan meminimalkan proses manual dan mulai mengarah pada digitalisasi agar data lebih akurat dan mudah dianalisis.

6.2.3. Saran untuk Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan pendekatan kuantitatif atau *mixed-method*, memperluas cakupan wilayah, serta mengkaji efektivitas sistem digital, faktor kinerja dan perilaku petugas, sensitivitas deteksi dini, dan model pelaporan real-time, agar menghasilkan temuan yang lebih komprehensif dan mendukung pengembangan SKDR yang lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriansyah AA., Fasya AHZ., & Handayani D. (2020). Evaluasi Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respons Demam Berdarah Dengue Menggunakan Modifikasi Malcolm Baldrige Di Kabupaten Trenggalek. *Medical Technology and Public Health Journal*, 4(2), 109–120.
- Agustina, L. E., Jaksa, S., Andriyani, A., & Lusida, N. (2025). Gambaran Pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon Dalam Deteksi Dini Kejadian Luar Biasa Di Kementerian Kesehatan RI TAHUN 2025. *Medic Nutricia: Journal Ilmu Kesehatan*, 18(4), 91–100.
- Anggraini, E., Alqoisya, N., Nuraeny, I., Fauziah, L. F., Huda, M., & Hadiati, E. (2024). Human Resource Management Concept. *Proceeding Of International Conference On Education, Society And Humanity*, 2(2), 1456–1465. <http://ejournal.unuja.ac.id/index.php/icesh/article/view/10349>
- Andriarsa, D., Fakhrihal, D., Hidayat, S., Meliyanie, G., Kusumaningtyas, H., & Suryatinah, Y. (2022). Report Management System of Early Warning Alert and. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 10(1), 48–57.
- Andiarsa, Dicky & Hidayat, Syarif. (2023). Performance of Evaluation Instrument for EWARS Activities in Tanah Bumbu District and Banjar District, Indonesia 518-525.
- Andriani, R., & Rahmawati, N. (2023). *Rangkap jabatan dalam perspektif hukum dan implikasinya terhadap demokrasi. Review of Economics and Business Studies*, 4(2), 45–55.
- Apriliyana, E., St, K.B.P., Pranata, I.G.A.P.D., & Maharani, N.L.P.T. (2021). Pemanfaatan teknologi digital dalam bidang kesehatan di era 4.0 untuk mewujudkan generasi Indonesia yang sehat. *Prosiding Pekan Ilmiah Pelajar (PILAR)*, 1, 61-67.
- Aprilliyani, A., Handayani, H., Septian, N. M., Rahim, F. K., & Amalia, I. S. (2025). Analisis faktor determinan capaian surveilans digital. *Journal of Public Health Innovation*, 5(2), 164–173.
- Armstrong, M., & Taylor, S. (2020). *Armstrong's handbook of human resource management practice*. Kogan Page Publishers.
- A.Wawan dan Dewi M. (2019). *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Prilaku Manusia(II)*. Nuha Medika; Yogyakarta.

- Azwar, S. (2007). *Pengantar administrasi kesehatan*. Binarupa Aksara; Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. (2023). *Indikator pendidikan Indonesia tahun 2023*. Badan Pusat Statistik; Jakarta.
- Barau, D.A & J.O Olukosi. (2011). Entrepreneurial Motivation : What Do We Still Need To Know. *Journal of Small Business Management*. 49 (1), 9-26
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Developing a Logic Model or Theory of Change*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Desita, M., Riwu, Y., & Limbu, R. (2021). Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan Surveilans Malaria dalam Mendukung Eliminasi Penyakit Malaria di Kabupaten Kupang. *Media Kesehatan Masyarakat*, 3(2), 165-174.
- Dinkes Provinsi Lampung, (2024). *Profil Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2023*.
- Dinkes Tulang Bawang Barat, (2024). *Profil Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2023*.
- Dinkes Tulang Bawang Barat, (2025). *Profil Kesehatan Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2024*.
- Fatkhudin, A. 2020. *Alogaritma dan Pemograman Terstruktur*. 01-02.
- Fatmawati, L., & Suparmi. (2021). Analisis Efektivitas Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon di Puskesmas X. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(2), 100–110.
- Fitzpatrick, Sanders James R & Wothen Blaine R. (2011). *Program Evaluation : alternative approaches and practical guidelines*. Boston; Pearson.
- Fitriani, H., Hargono, A., & Isfandiari, M. A. (2023). Perkembangan pemanfaatan teknologi digital surveilans Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR)/EWARS di Indonesia. *Majalah Sainstekes*, 10(2), 103–116.
- Hardhantyo, M., Djasri, H., Nursetyo, A. A., Yulianti, A., Adipradipta, B. R., Hawley, W., Mika, J., Praptiningsih, C. Y., Mangiri, A., & Prasetyowati, E. B. (2022). Quality of national disease surveillance reporting before and during COVID-19: A mixed-method study in Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2728.
- Hasibuan, M. S. P. (2019). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bumi Aksara; Jakarta.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Hedwig, R. (2017). *Diktat Kuliah Teori Sitem*. Universitas Bina Nusantara; Jakarta. 147.
- Herdiyanti, F., Yunita, J., Yanti, D. N., & Zaman, M. K. (2026). Analisis pelaporan sistem kewaspadaan dini dan respon (skdr) pada fasilitas pelayanan kesehatan di wilESEHATAN MASYARAKAT, 10(1), 137–144. [https://doi.org/10.31004ayah kerja upt puskesmas harapan raya tahun 2025](https://doi.org/10.31004ayah%20kerja%20puskesmas%20harapan%20raya%20tahun%202025). *Prepotif: jurnal K/prepotif.v10i1.54275*
- Hsb, K. A., Ginting, C. N., & Ginting, J. B. (2025). Analisis hubungan sarana dan prasarana, dukungan pemerintah daerah terhadap pelaksanaan program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. *Haga Journal of Public Health (HJPH)*, 2(2), 65–70. <https://doi.org/10.62290/hjph.v2i2.49>
- Hussain, MS. (2013). Challenges and emerging perspective in adult education delivery in Nigeria. *European Scientific Journal*. 9 (13), 25-31
- Ibrahim, L., & Kurniawan, E.** (2021). Accuracy and Timeliness of Using Syndromic Surveillance for Outbreak Detection: A Systematic Review, *Global Health Journal*, 4(4), 78–91.
- Kaunang, W. P. J., Saviola, B. J., Mokal, J. M., & Wowor, S. T. (2022). Pengumpulan dan pengolahan data dalam sistem surveilans kesehatan masyarakat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(2), 1–5.
- Kellogg Foundation. (2004). *Using Logic Model to Bring Together Planning, Evaluation and Action*. Michigan
- Kemkes RI (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia). (2022). *Pedoman Algoritma Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR)*. Direktorat Surveilans dan Kekearifan Kesehatan; Jakarta.
- Kemkes, R. I. (2023). PEDOMAN Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) Penyakit Potensial KLB. *Wabah, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI*.
- Kemkes RI (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia). (2024). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2023*. Pusat Data dan Teknologi Informasi; Jakarta.
- Kemkes RI (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia), *Panduan Penggunaan Aplikasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) untuk Pelaporan Penyakit Berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB)*, Direktorat Surveilans dan Kekearifan Kesehatan; Jakarta.
- Kemkes RI (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia). (2025). FINAL versi 03 AUG2024 FLIPCHART SKDR KEMENKES JICA.pdf. (n.d.); Jakarta.

Kurniawan, F., & Saputra, R. (2023). *Makna rangkap kerja karyawan di sebuah perusahaan. Jurnal Psikologi Industri dan Organisasi*, 2(1), 56–67. https://www.researchgate.net/publication/373789908_Makna_Rangkap_Kerja_Karyawan_di_Sebuah_Perusahaan

LAPORAN DBD TULANG BAWANG BARAT 2025. (n.d.).

Manurung, Mersi & Reo, Sarce & Pardosi, Jerico & Muscatello, David. (2020). Evaluation of the Indonesian Early Warning Alert and Response System (EWARS) in West Papua, Indonesia. *WHO South-East Asia journal of public health*, 9, 111-117. <https://www.researchgate.net/publication/344406493>

Marullyta, A., Rohaningsih, (2022). Evaluasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Penyakit (SKDR) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2022, *Multidisciplinary Journal*, 5(5). <https://www.researchgate.net/publication/373362185>

Maya, N., Lestari, T., & Sinta, T. B. (2023). Pelaporan Data Surveilans Penyakit Menular Dan Tidak Menular Di Upt Puskesmas Tasikmadu. *Indonesian Journal of Health Information Management*, 3(1). <https://doi.org/10.54877/ijhim.v3i1.159>

Miles, M. B., Huberman, A. M., Rohidi, T. R., & Mulyarto. (2021). *Analisis data kualitatif: buku sumber tentang metode metode baru*. Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press).

Najmah, Adeliyani, N., Sucirahayu, C. A., & Zanjabila, A. R., (2021). *Analisis Tematik Pada Penelitian kualitatif*. Penerbit Salemba Medika; Jakarta.

Nanda, H. (2018). *Analisis Kapasitas dan Implementasi Early Warning Alert and Response System (EWARS) dalam Sistem Surveilans Puskesmas di Kota Padang dan Kota Payakumbuh Tahun 2017; Padang*. (Skripsi Sarjana, Universitas Andalas, Fakultas Kesehatan Masyarakat). Di akses pada tanggal 10 Juni 2025.

Niven, N. (2002). *Psikologi Kesehatan: Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lainnya* (ed. Bahasa Indonesia). EGC; Jakarta.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta; Jakarta.

Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta; Jakarta.

Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta; Jakarta.

Nurhadi, B. (2020). Report Management System of EWARS di Kabupaten Tanah Bumbu, *Jurnal Teknologi Informasi Kesehatan*, 8(3), 45–59.

- Nursetyo, A. A., & Hasri, E. T. (2021). Panduan Penggunaan Aplikasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) untuk Pelaporan Penyakit Berpotensi Kejadian Luar Biasa (KLB). *Jakarta: Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tular Vektor Dan Zoonotik, Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan*.
<http://mutupelayanankesehatan.net/images/2022/Buku%20Panduan%20Penggunaan%20Aplikasi%20SKDR.pdf>
- PAEI, (2020). *Pedoman Implementasi Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon Penyakit Potensi Wabah/KLB Pada Situasi Bencana (SKDR Bencana)*, Perhimpunan Ahli Epidemiologi Indonesia; Jakarta.
- Purnawaty, Ni Wayan, *et al.* (2024). *Teori dan Implementasi Sistem Informasi di Berbagai Bidang*, PT. Sonpedia Publishing Indonesia; Jambi.
- Raco, J. (2010). *Metode penelitian kualitatif: jenis, karakteristik dan keunggulannya*. PT. Grasindo
- Rifai, A. (2025). Evaluasi Pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon (Skdr) Sebagai Upaya Deteksi Dini Kejadian Luar Biasa (KLB). *Jurnal Kesehatan Nusantara (JKN)*, 1(3), 103–111.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2018). *Management* (14th ed.). Harlow: Pearson Education Limited.
- Sajali, I., & Asti, R. D. (2025). Evaluasi Kinerja Sistem Surveilans Kesehatan Masyarakat di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara: Penelitian. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Dan Riset Pendidikan*, 4(1), 4315–4318.
- Salastianour, A. L., & Alnur, R. D. (2024). Evaluasi Sistem Kewaspadaan Dini Dan Respon (SKDR) Penyakit Potensial KLB Di Puskesmas Kota Tangerang Selatan Tahun 2023. *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 4(2), 57–64.
- Sari, M. (2022). *Evaluasi SKDR di Provinsi DI Yogyakarta Tahun 2022*. Laporan Dinas Kesehatan DIY.
- Sarmin, S. (2015). *Pengaruh pelaksanaan program Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) terhadap pengendalian kasus diare akut di Puskesmas Kabupaten Takalar tahun 2015*; Makassar. (Skripsi Sarjana, UIN Alauddin Makassar, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan). Di akses pada tanggal 10 Juni 2025.
- Sugiyono, (2017). *Statistika Untuk Penelitian*, CV. Alfabeta; Bandung.
- Sugiyono, (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. CV. Alfabeta; Bandung.

- Suharmida (2018). *Analisis Pelaksanaan Early Warning Alert and Response System (EWARS) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Palembang 201*; Palembang. (Skripsi Sarjana, Universitas Sriwijaya, Fakultas Kesehatan Masyarakat). Di akses pada tanggal 10 Juni 2025.
- Susilawati, S., Pratiwi, A., Megarani, S., Siregar, J. S., Jasmine, S. T., Panjaitan, M. F., Ramadiah, P. S., & Shandy, B. (2025). Analisis Kerangka COM-B Dalam Pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR): Studi Kualitatif. *JUKEJ: Jurnal Kesehatan Jompa*, 4(4), 1605–1614.
- Syahrani, Zahra, (2024). Analisis Pengimplementasian Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) Untuk Penyakit Potensial KLB di Indonesia; Literatur Review.
- WHO (World Health Organization). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO.
- WHO. (2014). *Early Detection, Assessment and Response to Acute Public Health Events: Implementation of Early Warning and Response with a Focus on Event-Based Surveillance*. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2018). *Early Warning Alert and Response in Humanitarian Emergencies (EWARS)*. Technical Guidance Document.
- WHO, (2023). *Kerangka Strategis untuk Upaya Penguatan Surveilans, Penilaian Risiko, dan Epidemiologi Lapangan terhadap Ancaman Keamanan Kesehatan di Kawasan WHO Asia Tenggara*. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
- WHO (World Health Organization). (2025). *Circulating vaccine-derived poliovirus type 2 – Papua New Guinea*. WHO Disease Outbreak News. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON571>
- Wijaya, A., & Putri, S. (2020). “Challenges and Opportunities for Implementing the EWARS System in Indonesia”, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 15(2), 87–102.
- Wikansari, N. W., Santoso, D. B., Pramono, D., & Widarsih, D. W. (2019). Evaluasi Program Early Warning Alert and Respon System (Ewars) Dalam Pelaksanaan Surveilans KLB Kota Salatiga Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, 2(1), 9–17.
- Wulandari, S., Rahmawati, A., & Hadi, S. (2022). Evaluasi Pelaksanaan SKDR Berbasis Puskesmas di Wilayah Timur Indonesia. *Jurnal Sistem Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 45–55.

Zahra, S. A., & Firmansyah, M. (2024). Analisis Penerapan Manajemen Rangkap Jabatan terhadap Kinerja Karyawan di PT Karya Anugerah Medika Kabupaten Tangerang, Banten. *Jurnal Manajemen Dan Ekonomi Kreatif*, 2(3), 396–408.