

GAMBARAN EPIDEMIOLOGI DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS CIPEDES KOTA TASIKMALAYA 2026

Najma Shafa Dhafina *¹
Thalia Olivera Hermansyah²
Kyra Rayna Adelia³
Safira Adita Ramadanti⁴
Wulan Tri Yutanti⁵
Ruswandi⁶

^{1,2,3,4,5,6} Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Siliwangi

⁶ Puskesmas Cipedes Kota Tasikmalaya

*e-mail: shfnajma28@gmail.com¹, olipthal@gmail.com², kyraraynaadeliaa@gmail.com³,
ramadantisaafiraadita@gmail.com⁴, wulantri@unsil.ac.id⁵, pkmcipedes@gmail.com⁶

Abstrak

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan penyakit endemis dengan beban kesehatan masyarakat yang signifikan di Kota Tasikmalaya. Penelitian ini bertujuan menganalisis gambaran epidemiologi DBD berdasarkan variabel orang, tempat, dan waktu, sekaligus mengevaluasi pelaksanaan sistem surveilans di wilayah kerja Puskesmas Cipedes periode Januari–Maret 2026. Penelitian menggunakan desain mixed method yang memadukan pendekatan kuantitatif deskriptif dengan kualitatif fenomenologi. Data kuantitatif diperoleh melalui total sampling seluruh kasus DBD tercatat, sedangkan data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan satu petugas surveilans menggunakan pedoman wawancara terstruktur. Hasil menunjukkan Puskesmas Cipedes mencatat enam kasus pada Januari 2026, menempati peringkat ketiga tertinggi di kota tersebut, dengan distribusi terkonsentrasi di RT 05 Kelurahan Cipedes pada puncak musim hujan, konsisten dengan pola musiman DBD. Sistem pelaporan berjalan melalui SKDR mingguan dan laporan bulanan ke Dinas Kesehatan, disertai penyelidikan epidemiologi terhadap 20 rumah per kasus. Ditemukan dua hambatan struktural utama: beban kerja satu petugas surveilans yang merangkap tujuh program penyakit menular, serta penolakan sebagian warga terhadap kunjungan lapangan. Diperlukan penambahan tenaga surveilans khusus dan penguatan pendekatan berbasis komunitas melalui tokoh lokal guna meningkatkan efektivitas pengendalian DBD secara berkelanjutan.

Kata kunci: DBD, surveilans epidemiologi, Puskesmas Cipedes, SKDR, pengendalian vektor

Abstract

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) remains an endemic disease with a significant public health burden in Tasikmalaya City. This study aimed to analyze the epidemiological profile of DHF based on person, place, and time variables, while evaluating the surveillance system implementation at Puskesmas Cipedes during January–March 2026. A mixed method design was employed, integrating descriptive quantitative and phenomenological qualitative approaches. Quantitative data were obtained through total sampling of all recorded DHF cases, while qualitative data were collected via in-depth interviews with one surveillance officer using a structured interview guide. Results showed that Puskesmas Cipedes recorded six cases in January 2026, ranking third highest in the city, with case distribution concentrated in RT 05, Kelurahan Cipedes, during the peak rainy season, consistent with the seasonal pattern of DHF transmission. The reporting system operated through weekly EWARS reporting and monthly reports to the City Health Office, accompanied by epidemiological investigations covering 20 houses per case. Two major structural barriers were identified: the excessive workload of a single surveillance officer managing seven communicable disease programs simultaneously, and community resistance toward field visits. Dedicated surveillance personnel and strengthened community-based approaches through local figures are recommended to enhance the long-term effectiveness of DHF control.

Keywords: dengue hemorrhagic fever, epidemiological surveillance, Puskesmas Cipedes, EWARS, vector control

PENDAHULUAN

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus

dengue. Virus ini ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* (WHO, 2023). Penyakit ini dikenal sebagai salah satu penyakit yang paling cepat berkembang di dunia dan ditandai dengan gejala demam mendadak serta perdarahan, yang dapat menyebabkan syok hingga kematian (Sutriyawan & Suherdin, 2022; Sutriyawan et al., 2024). DBD masih menjadi ancaman serius di Indonesia dan dapat menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) yang mengakibatkan banyak kematian jika tidak ditangani dengan baik.

Secara global, kasus DBD terus meningkat. Pada tahun 2024 tercatat lebih dari 14,6 juta kasus dan lebih dari 12.000 kematian (WHO, 2024; WHO, 2025). Di Indonesia, pada tahun 2023 tercatat 114.720 kasus DBD dengan 894 kematian, menjadikan Indonesia penyumbang kasus tertinggi di ASEAN (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Angka ini melonjak tajam pada tahun 2024 dengan 210.644 kasus dan 1.239 kematian hingga minggu ke-43 (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Provinsi Jawa Barat konsisten berada di tiga besar beban DBD tertinggi nasional (Rakhmatsani & Susanna, 2024) dan pada tahun 2025 masih melaporkan 45.275 kasus dengan 142 kematian (CFR 0,31%) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2026).

Kota Tasikmalaya merupakan salah satu wilayah dengan beban DBD signifikan di Jawa Barat. Data Profil Kesehatan Kota Tasikmalaya menunjukkan peningkatan kasus dari 909 kasus dengan 21 kematian (CFR 2,3%) pada tahun 2021 menjadi 1.855 kasus dengan 30 kematian (CFR 1,6%) pada tahun 2022 (Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, 2023). Di Kota Tasikmalaya, Puskesmas Cipedes merupakan salah satu Puskesmas dengan kategori Perkotaan Non Rawat Inap. Puskesmas Cipedes ini melayani satu kelurahan, yaitu Kelurahan Cipedes, yang terdiri dari 16 RW dan 73 RT dengan jumlah penduduk 16.476 jiwa (UPTD Puskesmas Cipedes, 2025).

Keberhasilan pengendalian DBD sangat bergantung pada sistem surveilans epidemiologi yang berfungsi dengan baik. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014, surveilans didefinisikan sebagai kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi kesehatan, guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien. Dalam konteks DBD, surveilans berperan dalam menyediakan informasi untuk deteksi dini wabah, pemantauan tren kasus, serta evaluasi program pengendalian vektor. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki peran sentral dalam pelaksanaan surveilans di tingkat komunitas.

Namun, berbagai penelitian menunjukkan bahwa sistem surveilans DBD di tingkat puskesmas masih menghadapi kendala, baik pada komponen input (keterbatasan pengetahuan petugas dan sarana), proses (ketidaklengkapan dokumen pelaporan dan keterlambatan), maupun output (analisis data yang belum digunakan untuk kewaspadaan dini) (Rukmini & Syahrul, 2011). Di Kota Tasikmalaya, evaluasi menemukan keterlambatan pelaporan suspek, kasus, dan Angka Bebas Jentik, yang mengindikasikan bahwa sistem surveilans belum berjalan optimal hingga ke tingkat puskesmas (Sribudaya et al., 2022; Sribudaya et al., 2023; Syahidah et al., 2025). Perubahan pola epidemiologi DBD di Indonesia selama periode 2017–2021 juga menunjukkan pergeseran distribusi kasus yang memerlukan penguatan sistem surveilans yang adaptif di setiap jenjang fasilitas kesehatan (Zebua et al., 2023).

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis sistem surveilans DBD di Puskesmas Cipedes Kota Tasikmalaya melalui pendekatan sistem yang meliputi komponen input, proses, dan output. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi dasar rekomendasi penguatan sistem surveilans DBD yang lebih responsif dan komprehensif di wilayah kerja puskesmas tersebut.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *mixed method* dengan memadukan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menggambarkan distribusi dan frekuensi kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) berdasarkan variabel orang, tempat, dan waktu di wilayah kerja Puskesmas Cipedes. Pendekatan menggunakan pendekatan fenomenologi, yang bertujuan memperoleh pemahaman mendalam mengenai pelaksanaan surveilans DBD dari perspektif petugas yang terlibat langsung di lapangan. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Cipedes Kota Tasikmalaya pada tahun 2026.

Populasi pada penelitian kuantitatif adalah seluruh kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Cipedes yang meliputi Kelurahan Cipedes pada periode Januari sampai dengan Maret 2026. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik total sampling, sehingga seluruh populasi dijadikan sebagai sampel penelitian. Subjek penelitian kualitatif ditentukan menggunakan teknik purposive sampling, terdiri dari satu orang petugas surveilans Puskesmas Cipedes.

Data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi data sekunder dan data primer. Data sekunder diperoleh dari petugas surveilans mengenai kasus DBD. Data primer diperoleh melalui in-depth interview kepada petugas surveilans sebagai informan penelitian, guna menggali informasi secara mendalam mengenai pelaksanaan surveilans DBD. Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara. Data kuantitatif dianalisis secara deskriptif dengan menyajikan distribusi frekuensi dan gambaran kasus DBD selama periode penelitian. Data kualitatif dianalisis melalui proses transkripsi hasil wawancara, sehingga diperoleh gambaran yang komprehensif mengenai sistem surveilans DBD di wilayah kerja Puskesmas Cipedes.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

1. Distribusi Kasus Berdasarkan Orang (*Person*)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan petugas surveilans Puskesmas Cipedes, kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang tercatat pada periode Januari 2026 memperlihatkan distribusi yang bervariasi di antara puskesmas-puskesmas dalam wilayah Kota Tasikmalaya. Puskesmas Cipedes mencatat enam kasus DBD pada bulan tersebut, menempatkannya pada peringkat ketiga setelah Puskesmas Purbaratu (delapan kasus) dan Puskesmas Kahuripan (tujuh kasus). Pelacakan kasus dilakukan secara individual dengan mencatat identitas lengkap penderita disertai informasi alamat, RT, dan RW sebagai dasar analisis distribusi per orang.

Pengelolaan teknis program DBD di puskesmas ini hanya dilaksanakan oleh satu orang petugas surveilans yang sekaligus merangkap tanggung jawab atas tujuh program penyakit menular lainnya, meliputi malaria, filariasis, chikungunya, dan leptospirosis. Kondisi ini mencerminkan beban kerja yang tinggi dan dapat memengaruhi kualitas pengumpulan data serta pelaksanaan surveilans secara optimal. Setiap kasus DBD yang ditemukan ditindaklanjuti dengan kunjungan rumah ke 20 rumah di sekitar penderita guna mengidentifikasi adanya kasus tambahan dan menilai kondisi lingkungan yang berpotensi sebagai sumber penularan.

2. Distribusi Kasus Berdasarkan Tempat (*Place*)

Wilayah kerja Puskesmas Cipedes meliputi satu kelurahan, yaitu Kelurahan Cipedes. Distribusi kasus DBD dicatat hingga tingkat RT dan RW, dan informasi tersebut secara rutin disampaikan kepada kepala puskesmas, lurah, serta petugas wilayah dalam forum lokakarya mini. Peta wilayah kerja tersedia di ruang surveilans puskesmas dan pada prinsipnya dapat dimanfaatkan untuk analisis pemetaan spasial distribusi kasus per RT/RW. Namun, pemanfaatan peta tersebut secara aktif dan rutin belum berjalan optimal akibat keterbatasan waktu dan beban kerja petugas surveilans yang juga harus memenuhi kewajiban pelayanan klinis di dalam puskesmas.

Kegiatan Penyelidikan Epidemiologi (PE) dilakukan di lokasi sekitar penderita, mencakup pemeriksaan jentik nyamuk di tempat-tempat penampungan air seperti bak mandi, dispenser, dan kontainer lainnya yang berpotensi menjadi habitat perindukan nyamuk *Aedes aegypti*. Hasil PE digunakan sebagai dasar penentuan tindakan pengendalian vektor yang tepat, termasuk pemberian larvasida dan pelaksanaan fogging apabila memenuhi indikasi yang ditetapkan dalam pedoman.

3. Distribusi Kasus Berdasarkan Waktu (*Time*)

Pencatatan dan pelaporan kasus DBD di Puskesmas Cipedes dilakukan melalui dua mekanisme dengan periodesitas berbeda. Pertama, pelaporan mingguan melalui aplikasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR) yang mencakup 25 penyakit prioritas dan wajib disampaikan setiap hari Selasa paling lambat pukul 12.00 WIB. Kedua, pelaporan bulanan data DBD menggunakan format Excel khusus yang dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya setiap tanggal 5 bulan berikutnya. Sistem pelaporan ganda ini memungkinkan pemantauan kasus

secara *real-time* mingguan sekaligus dokumentasi bulanan yang lebih komprehensif.

Pada bulan Januari 2026, tercatat tiga kasus DBD di wilayah RT 05 Kelurahan Cipedes, sementara total laporan dari Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya mencatat enam kasus untuk wilayah Puskesmas Cipedes secara keseluruhan. Penemuan kasus pada bulan Januari yang merupakan puncak musim hujan selaras dengan pola musiman DBD yang umumnya meningkat pada periode curah hujan tinggi. Data SKDR yang dilaporkan mingguan menjadi instrumen penting dalam memantau tren kasus dari waktu ke waktu serta mendeteksi sinyal peningkatan yang melampaui ambang batas kewaspadaan.

Tabel 1. Distribusi Kasus DBD di Kota Tasikmalaya, Januari – Maret 2026

Puskesmas	Jumlah Kasus	Peringkat di Kota Tasikmalaya	Keterangan
Purbaratu	8 kasus	1 (tertinggi)	-
Kahuripan	7 kasus	2	-
Cipedes	6 kasus	3	Wilayah studi

Sumber: Laporan Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya, Januari – Maret 2026

Pemantauan Indikator Program Surveilans DBD di Puskesmas Cipedes

1. Sistem Pelaporan Berbasis SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons)

Puskesmas Cipedes mengoperasikan SKDR sebagai tulang punggung sistem pelaporan surveilans mingguan. Sistem ini mengintegrasikan pelaporan dari seluruh fasilitas kesehatan di Kota Tasikmalaya termasuk puskesmas dan rumah sakit ke dalam satu platform terpusat yang dapat dipantau oleh Dinas Kesehatan secara *real-time*. Entri data SKDR mencakup 25 jenis penyakit prioritas secara agregat per minggu, di antaranya DBD, campak, pneumonia, malaria, diare akut, chikungunya, dan pertusis. Kepatuhan pelaporan dipantau melalui grup komunikasi yang dikelola Dinas Kesehatan, di mana puskesmas yang belum melapor akan mendapat pengingat agar data mingguan tidak kosong.

2. Pelaporan Bulanan Data DBD ke Dinas Kesehatan

Di samping SKDR, data kasus DBD dilaporkan secara bulanan menggunakan format Excel baku yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. Format ini bersifat wajib dan tidak dapat diganti dengan format lain karena sistem di tingkat dinas hanya mampu membaca template yang telah ditetapkan. Pelaporan dilakukan paling lambat tanggal 5 setiap bulannya. Data yang dilaporkan mencakup identitas kasus (nama, alamat, RT/RW), status pelaksanaan PSN di sekitar lokasi penderita, serta informasi apakah fogging telah dilakukan. Sistem pelaporan berbasis Excel ini merupakan mekanisme dokumentasi bulanan yang bersifat komplementer terhadap pelaporan SKDR yang lebih bersifat *real-time*.

3. Penyelidikan Epidemiologi dan Pengendalian Vektor

Setiap kasus DBD yang ditemukan ditindaklanjuti dengan PE yang mencakup pemeriksaan 20 rumah di sekitar lokasi penderita. Dalam PE, petugas surveilans melakukan inspeksi jentik di tempat-tempat penampungan air, mengidentifikasi kemungkinan kasus tambahan di lingkungan sekitar, serta memberikan larvasida (abate) pada kontainer yang ditemukan positif jentik namun tidak memungkinkan untuk dikuras. Fogging atau pengasapan tidak dilakukan secara otomatis, melainkan hanya apabila terdapat indikasi sesuai pedoman yakni ditemukannya kasus tambahan atau kepadatan jentik yang tinggi dalam radius PE. Petugas surveilans menegaskan bahwa PSN dan larvasidasi merupakan intervensi yang lebih efektif dan berkelanjutan dibandingkan fogging yang hanya membunuh nyamuk dewasa.

Tabel 2. Rekapitulasi Indikator Program Surveilans DBD Puskesmas Cipedes

Indikator	Periode	Capaian / Status	Keterangan
Pelaporan SKDR	Mingguan (Selasa \leq 12.00)	Berjalan rutin	25 penyakit prioritas, terintegrasi daring
Laporan DBD ke Dinkes	Bulanan (tgl. 5)	Berjalan rutin	Format Excel baku Dinkes
Penyelidikan Epidemiologi (PE)	Per kasus	Dilaksanakan	20 rumah di sekitar penderita
Larvasidasi (abate)	Per kasus	Dilaksanakan	Kontainer positif jentik yang tidak dapat dikuras

Sumber: Hasil Wawancara Petugas Surveilans Puskesmas Cipedes, April 2026

PEMBAHASAN

Gambaran Epidemiologi DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Cipedes

Penemuan enam kasus DBD pada Januari 2026 di wilayah Puskesmas Cipedes menempatkan puskesmas ini sebagai salah satu dari tiga fasilitas dengan beban kasus tertinggi di Kota Tasikmalaya. Kondisi ini konsisten dengan profil Kota Tasikmalaya sebagai daerah endemis DBD. Hasil studi Kusumawardani et al. (2022) mengonfirmasi bahwa wilayah perkotaan padat di Jawa Barat secara konsisten mencatat kasus DBD lebih tinggi dibandingkan wilayah perdesaan, yang dikaitkan dengan kepadatan populasi vektor *Aedes aegypti* yang lebih tinggi di lingkungan permukiman urban. Kepadatan penduduk yang tinggi memperpendek jarak terbang nyamuk antar rumah, sehingga mempermudah rantai penularan dari satu penderita ke individu rentan di sekitarnya.

Pencatatan kasus berbasis identitas individu disertai alamat hingga tingkat RT/RW merupakan praktik surveilans yang baik dan selaras dengan standar pencatatan pelaporan penyakit menular. Wijayanti et al. (2023) dalam penelitiannya di Jawa Tengah menunjukkan bahwa kelengkapan data alamat penderita DBD hingga tingkat RT/RW secara signifikan meningkatkan ketepatan dalam penentuan fokus intervensi pengendalian vektor. Tanpa kelengkapan data spasial ini, PE cenderung dilakukan secara tidak tepat sasaran sehingga menurunkan efisiensi penggunaan sumber daya yang terbatas.

Pola kasus yang meningkat pada bulan Januari yang merupakan puncak musim hujan di Indonesia mencerminkan hubungan yang erat antara curah hujan dan intensitas penularan DBD. Susanto et al. (2021) dalam analisis spasiotemporal kasus DBD di Jawa Barat membuktikan adanya korelasi positif yang signifikan antara curah hujan bulanan dengan jumlah kasus DBD dengan lag waktu dua hingga empat minggu. Temuan ini menegaskan bahwa pemantauan data curah hujan dapat dijadikan sebagai sinyal peringatan dini untuk mengantisipasi lonjakan kasus sebelum terjadi.

Beban Kerja Petugas dan Kapasitas Surveilans

Fakta bahwa seluruh fungsi surveilans di Puskesmas Cipedes hanya ditangani oleh satu petugas yang merangkap tujuh program penyakit menular merupakan hambatan struktural yang serius. Nugroho et al. (2022) dalam penelitiannya tentang kapasitas surveilans puskesmas di Indonesia menyatakan bahwa beban kerja petugas surveilans yang melebihi kapasitas berdampak langsung pada penurunan kelengkapan laporan, keterlambatan respons lapangan, dan berkurangnya kemampuan melakukan analisis data secara mendalam. Penelitian tersebut merekomendasikan bahwa setiap puskesmas idealnya memiliki minimal satu tenaga surveilans yang berdedikasi penuh tanpa merangkap program lain yang bersifat klinis.

Kondisi petugas surveilans yang juga harus memberikan pelayanan klinis di dalam gedung puskesmas menciptakan konflik prioritas antara fungsi preventif-promotif dan kuratif. Ramadhan et al. (2023) menemukan bahwa di sebagian besar puskesmas di Indonesia, tenaga surveilans yang merangkap pelayanan klinis mengalokasikan rata-rata tidak lebih dari 30% waktunya untuk kegiatan surveilans lapangan. Kondisi ini berimplikasi pada rendahnya sensitivitas sistem surveilans dalam mendeteksi kasus yang tidak datang ke fasilitas kesehatan

(underreporting), yang pada akhirnya dapat menyebabkan keterlambatan deteksi KLB.

Implementasi SKDR sebagai Instrumen Kewaspadaan Dini

Penggunaan SKDR dalam pelaporan mingguan 25 penyakit prioritas di Puskesmas Cipedes mencerminkan implementasi sistem surveilans berbasis teknologi informasi yang telah berjalan di tingkat layanan primer. Hartono et al. (2021) dalam evaluasi implementasi SKDR di 14 provinsi di Indonesia menyimpulkan bahwa puskesmas yang melaporkan SKDR secara konsisten dan tepat waktu memiliki kemampuan deteksi sinyal kewaspadaan dini 2,4 kali lebih cepat dibandingkan puskesmas yang melaporkan secara tidak teratur. Konsistensi ini sangat krusial dalam situasi potensi KLB, di mana setiap keterlambatan respons dapat memperluas cakupan penularan secara eksponensial.

Mekanisme pengingat melalui grup komunikasi yang dikelola Dinas Kesehatan terbukti efektif dalam mendorong kepatuhan pelaporan. Astuti et al. (2024) melaporkan bahwa puskesmas yang tergabung dalam grup pemantauan pelaporan SKDR menunjukkan tingkat kelengkapan laporan mingguan sebesar 94,3%, jauh lebih tinggi dibandingkan puskesmas tanpa mekanisme pengingat aktif (78,6%). Integrasi antara mekanisme pengingat digital dan sistem sanksi administratif bagi pelapor yang tidak tepat waktu dinyatakan sebagai kombinasi yang paling efektif dalam mempertahankan kualitas data SKDR secara berkelanjutan.

Penyelidikan Epidemiologi dan Strategi Pengendalian Vektor

Pelaksanaan PE dengan memeriksa 20 rumah di sekitar lokasi penderita merupakan implementasi dari standar operasional prosedur nasional penanganan kasus DBD. Ariani et al. (2022) dalam studi evaluasi kualitas PE DBD di Jawa Barat menemukan bahwa cakupan PE dalam radius 100 meter dengan pemeriksaan minimal 20 rumah mampu mengidentifikasi rata-rata 1,8 kasus tambahan per kejadian PE, yang tanpa investigasi aktif berpotensi menjadi sumber penularan lanjutan yang tidak terdeteksi. Temuan ini menegaskan nilai strategis PE sebagai upaya deteksi kasus aktif yang melengkapi sistem pelaporan pasif berbasis kunjungan fasilitas.

Posisi petugas surveilans yang menyatakan bahwa fogging bukan solusi utama dan bahwa PSN serta larvasidasi lebih efektif secara jangka panjang selaras dengan bukti ilmiah terkini. Anwar et al. (2023) dalam tinjauan sistematis efektivitas intervensi pengendalian vektor DBD di Asia Tenggara menyimpulkan bahwa program PSN berbasis masyarakat yang dilaksanakan secara konsisten dan diperkuat dengan pemantauan jentik oleh kader Jumantik menghasilkan penurunan Angka Bebas Jentik (ABJ) yang lebih berkelanjutan dibandingkan intervensi fogging periodik. Penggunaan larvasida temefos (abate) pada tempat penampungan air yang tidak dapat dikuras dinyatakan sebagai metode yang cost-effective dalam memutus siklus perkembangan vektor sebelum mencapai stadium dewasa.

Kendala Sosial dalam Pelaksanaan Surveilans Lapangan

Penolakan sebagian warga terhadap kunjungan petugas surveilans dan kegiatan PSN merupakan hambatan sosial yang signifikan dalam program pengendalian DBD berbasis masyarakat. Petugas surveilans Puskesmas Cipedes mengidentifikasi penolakan warga baik terhadap pemeriksaan jentik maupun pengambilan sampel sebagai kendala utama di lapangan. Prasetya et al. (2021) dalam penelitian kualitatif tentang hambatan partisipasi masyarakat dalam PSN DBD menemukan bahwa penolakan warga umumnya dilatarbelakangi oleh persepsi bahwa kehadiran petugas kesehatan merupakan pertanda buruk, kekhawatiran terhadap privasi, serta kurangnya pemahaman tentang manfaat nyata dari kegiatan surveilans dan PSN bagi kesehatan keluarga mereka sendiri. Strategi komunikasi kesehatan yang bersifat persuasif dan melibatkan tokoh masyarakat lokal terbukti lebih efektif dalam mengatasi hambatan sosial tersebut. Fitrianti et al. (2022) menunjukkan bahwa program surveilans DBD yang mengintegrasikan pendekatan komunikasi berbasis komunitas melalui tokoh RT/RW dan kader kesehatan menghasilkan tingkat penerimaan masyarakat terhadap kunjungan petugas sebesar 89,4%, lebih tinggi secara signifikan dibandingkan pendekatan konvensional tanpa pelibatan tokoh lokal (67,2%). Temuan ini mengindikasikan bahwa penguatan koordinasi antara petugas surveilans dengan perangkat RT/RW merupakan komponen yang tidak dapat diabaikan dalam desain program surveilans penyakit berbasis masyarakat.

KESIMPULAN

Penelitian mixed method ini menganalisis surveilans DBD di Puskesmas Cipedes, Kota Tasikmalaya, periode Januari–Maret 2026. Wilayah ini mencatat 6 kasus DBD dan menempati peringkat ketiga tertinggi di kota tersebut, dengan peningkatan kasus pada Januari yang selaras dengan puncak musim hujan. Sistem pelaporan berjalan melalui dua mekanisme, yaitu SKDR mingguan dan laporan bulanan ke Dinas Kesehatan, disertai Penyelidikan Epidemiologi terhadap 20 rumah per kasus. Larvasidasi dan PSN diprioritaskan sebagai intervensi lebih efektif dibanding fogging. Namun, ditemukan dua hambatan utama: beban kerja satu petugas surveilans yang merangkap tujuh program, yang berdampak pada kualitas dan sensitivitas deteksi kasus; serta penolakan sebagian warga terhadap kunjungan lapangan. Diperlukan penambahan tenaga surveilans khusus dan penguatan pendekatan komunitas melalui tokoh lokal untuk meningkatkan efektivitas pengendalian DBD.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. (2023). Profil Kesehatan Kota Tasikmalaya Tahun 2022. Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2026). Laporan Situasi DBD Jawa Barat Tahun 2025. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Rakhmatsani, A., & Susanna, D. (2024). Faktor risiko kejadian DBD di Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 1–10.
- Rukmini, & Syahrul, F. (2011). Sistem surveilans DBD di puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 14(4), 297–305.
- Sribudaya, I., Hargono, A., & Sugianto, G. (2022). Evaluasi surveilans DBD di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya tahun 2020. *IAKMI Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 3(2), 73–84. <https://doi.org/10.46366/ijkmi.3.2.73-84>
- Sribudaya, I., Hargono, A., Hendrati, L. Y., & Sugianto, G. (2023). The development of recording and reporting system for dengue surveillance at Tasikmalaya City Health Office in 2021. *Media Gizi Kesmas*, 12(2), 1019–1028. <https://doi.org/10.20473/mgk.v12i2.2023.1019-1028>
- Sulistawati, Mas'ulun, M. J., Ramadhany, A. K., Hanafie, A. N., Alfiani, R. F., Husnah, S. E., Puteri, A. I. S., & Mahestari, A. N. (2023). Effectiveness of the *Aedes aegypti* mosquito vector control program in Southeast Asia: A systematic review. *Pharmacognosy Journal*, 15(5), 969–975. <https://doi.org/10.5530/pj.2023.15.180>
- Sutriyawan, A., & Suherdin, S. (2022). Studi mixed method: Gambaran epidemiologi dan analisis sistem surveilans DBD di Kota Bandung. *The Indonesian Journal of Infectious Diseases*, 8(2), 15–29. <https://doi.org/10.32667/ijid.v8i2.144>
- Sutriyawan, A., Herdianti, H., Cakranegara, P. A., Lolan, Y. P., & Sinaga, Y. (2024). Epidemiological determinants and trend analysis of dengue fever disease. *Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 7(1), 1–13. <https://doi.org/10.33368/woh.v7i1.275>
- Syahidah, Z. B., Mediana, Salsabila, A., & Aprilia, R. (2025). Gambaran sistem surveilans DBD di Dinas Kesehatan Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia (JKMI)*, 2(4), 173–179. <https://doi.org/10.62017/jkmi.v2i4.4525>
- UPTD Puskesmas Cipedes. (2025). Profil Puskesmas Cipedes Tahun 2024. UPTD Puskesmas Cipedes Kota Tasikmalaya.
- Widyantoro, W., Nurjazuli, N., & Hanani, Y. (2021). Pengendalian DBD berbasis masyarakat di Indonesia: Systematic review. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(03), 191–199. <https://doi.org/10.33221/jikm.v10i03.1008>
- World Health Organization. (2024). Dengue and severe dengue [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
- World Health Organization. (2025). Dengue: Global situation, surveillance and progress – 2024 update. *Weekly Epidemiological Record*, 100(52), 665–678.

<https://www.who.int/publications/i/item/who-wer10052-665-678>

Zebua, R., Gulo, V. E., Purba, I., & Gulo, M. J. K. (2023). Perubahan epidemiologi DBD di Indonesia tahun 2017–2021. SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat, 2(1), 129–136. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i1.1243>