

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
SEKSI SURVEILANS DAN IMUNISASI
DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TANGGAL 02 – 31 JANUARI 2020**



Oleh:

| | |
|----------------------------|---------------------|
| ALYA HANIFA RASYIDI | 101611133147 |
| MADE NITA SINTARI | 101611133161 |
| ANNISA NUR ILLAHI | 101611133191 |

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TANGGAL 2-31 JANUARI 2020

Disusun Oleh:

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

21 Februari 2020



Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D

NIP. 198601082018032001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

21 Februari 2020



Suradi, SKM., M.Kes

NIP. 196303111986031024

Mengetahui,

21 Februari 2020

Ketua Departemen Epidemiologi



Atik Choirul Hidajah, dr, M.Kes

NIP. 1968110219998022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala karunianya laporan magang dengan judul **“Laporan Pelaksanaan Magang di Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tanggal 02 – 31 Januari 2020”** dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu sebagai salah satu prasyarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan magang ini mendeskripsikan tentang gambaran umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya Seksi Surveilans dan Imunisasi serta metode magang yang dilakukan mahasiswa pada tanggal 02 – 31 Januari 2020.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Atik Choirul Hidajah, dr., M.kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
3. Laura Navika Yamani S.Si., M.Si., Ph.D. selaku dosen pembimbing magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
4. Gito Hartono, S.KM., M. Kes. selaku Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang.
5. Suradi S.KM., M.Kes. selaku pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah membimbing selama pelaksanaan magang.
6. Teman-teman magang di seksi Surveilans dan Imunisasi yang saling mendukung dalam pelaksanaan hingga akhir penyusunan laporan magang.

Semoga Tuhan yang Maha Esa senantiasa melimpahkan karunianya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan laporan magang ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun atas kekurangan laporan magang ini. Semoga bermanfaat baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Surabaya, 03 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | ii |
| KATA PENGANTAR..... | iii |
| DAFTAR ISI..... | iv |
| DAFTAR GAMBAR | v |
| DAFTAR LAMPIRAN | vi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Tujuan..... | 2 |
| 1.2.1 Tujuan Umum..... | 2 |
| 1.2.2 Tujuan Khusus..... | 2 |
| 1.3 Manfaat..... | 3 |
| 1.3.1 Bagi Mahasiswa | 3 |
| 1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat..... | 3 |
| 1.3.3 Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | 3 |
| BAB II METODE KEGIATAN MAGANG | 4 |
| 3.1 Lokasi dan Waktu Magang..... | 4 |
| 3.1.1 Lokasi Magang | 4 |
| 3.1.2 Waktu Magang | 4 |
| 3.2 Metode Pelaksanaan Magang | 4 |
| 3.3 Teknik Pengumpulan Data | 4 |
| BAB IV HASIL | 7 |
| 4.1 Gambaran Umum Kondisi Geografis dan Administrasi Provinsi Jawa Timur | 7 |
| 4.2 Gambaran Umum Kependudukan Provinsi Jawa Timur..... | 8 |
| 4.3 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | 8 |
| 4.3.1 Visi | 8 |
| 4.3.2 Misi..... | 9 |
| 4.3.3 Tujuan..... | 9 |
| 4.3.4 Kebijakan..... | 10 |
| 4.3.5 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | 11 |
| 4.4 Gambaran Umum Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit | 12 |
| 4.5 Gambaran Umum Seksi Surveilans dan Imunisasi | 13 |
| 4.6 Program Kerja Seksi Surveilans dan Imunisasi..... | 20 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 18 |
| 5.1 Kesimpulan..... | 18 |
| 5.2 Saran | 18 |
| DAFTAR PUSTAKA | 25 |
| LAMPIRAN | 26 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Judul Gambar | Halaman |
|-------|---|---------|
| 4.1 | Peta Provinsi Jawa Timur..... | 13 |
| 4.2 | Piramida Jumlah Penduduk Menurut Golongan Umur Provinsi Jawa Timur Tahun 2018..... | 14 |
| 4.3 | Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. | 17 |
| 4.4 | Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur..... | 19 |

DAFTAR LAMPIRAN

| Nomor | Judul Lampiran | Halaman |
|-------|--------------------------------------|---------|
| 1 | Daftar Absensi Mahasiswa Magang..... | 26 |
| 2 | Surat Permohonan Izin Magang..... | 28 |
| 3 | Dokumentasi Kegiatan..... | 31 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang merupakan kegiatan mandiri yang dilakukan oleh mahasiswa dengan tujuan mendapatkan pengalaman kerja praktis melalui metode observasi dan partisipasi. Magang dilaksanakan di luar lingkungan kampus khususnya di lembaga institusi pada bidang kerja yang sesuai dengan peminatan mahasiswa. Kegiatan magang dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang dengan harapan para lulusan FKM memiliki kemampuan yang bersifat akademik dan profesional.

Menurut Peraturan Gubernur Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dinas kesehatan merupakan unsur pelaksana urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Dalam hal ini, dinas kesehatan dipimpin oleh kepala dinas yang berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada gubernur melalui sekretaris daerah provinsi. Tugas dari dinas kesehatan adalah membantu gubernur dalam melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi di bidang kesehatan serta tugas pembantuan. Beberapa fungsi dinas kesehatan terkait dengan tugas tersebut adalah merumuskan kebijakan di bidang kesehatan, melaksanakan kebijakan di bidang kesehatan, melaksanakan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan, melaksanakan administrasi Dinas di bidang kesehatan, dan melaksanakan fungsi lain yang diberikan oleh Gubernur terkait dengan tugas dan fungsinya (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2016).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur membawahi beberapa bidang, diantaranya adalah sekretariat, kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan sumber daya kesehatan. Khusus bidang pencegahan dan pengendalian penyakit, membawahi beberapa seksi antara lain seksi surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular serta kesehatan jiwa. Seksi surveilans dan imunisasi memiliki tugas diantaranya mempersiapkan berbagai kebijakan terkait program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2016).

Seksi surveilans dan imunisasi menangani beberapa surveilans rutin seperti surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) serta surveilans difteri. Surveilans AFP merupakan pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layuh akut atau AFP (*Acute*

Flaccid Paralysis) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio (Kementerian Kesehatan RI, 2007). Sementara itu, surveilans difteri adalah kegiatan pengamatan, pengumpulan, analisis, interpretasi, dan diseminasi data penyakit difteri beserta determinannya yang dilaksanakan secara sistematis, rutin, dan berkesinambungan (Sarawati, 2018).

Selain menangani program surveilans, seksi surveilans dan imunisasi juga menangani program imunisasi. Salah satu inovasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam program imunisasi adalah adanya sistem Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) dalam bentuk situs web. Situs ini dapat diakses pada laman <http://imunisasi.dinkes.jatimprov.go.id/>. Definisi PWS sejatinya sama dengan surveilans. Fungsi dari PWS adalah memantau program imunisasi di suatu wilayah kerja secara terus menerus agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman, ketrampilan, penyesuaian sikap, dan penghayatan pengetahuan di dunia kerja dalam rangka memperkaya pengetahuan, sikap dan ketrampilan bidang ilmu kesehatan masyarakat, serta melatih kemampuan bekerja sama dengan orang lain dalam satu tim sehingga diperoleh manfaat bersama baik bagi peserta magang maupun instansi tempat magang.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mempelajari gambaran umum dan struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- b. Mempelajari program pencegahan dan penanggulangan penyakit dan kesehatan yang dilaksanakan di tempat magang
- c. Mempelajari sistem surveilans yang diterapkan di tempat magang mulai proses pengumpulan, pengolahan dan analisis data, serta diseminasi informasi
- d. Mengidentifikasi masalah kesehatan di instansi setempat, membuat prioritas masalah kesehatan dan mencari alternatif pemecahan masalah tentang kesehatan
- e. Mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan instansi dan menerapkan konsep epidemiologi

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Kegiatan magang ini dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman kerja praktis kepada mahasiswa mengenai berbagai kegiatan yang dilaksanakan di seksi surveilans dan imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Laporan magang ini dapat menjadi tambahan referensi ilmiah untuk kegiatan belajar mengajar maupun kegiatan penelitian selanjutnya. Selain itu, kegiatan magang diharapkan dapat membangun hubungan baik serta kerjasama yang lebih erat antara Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

1.3.3 Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mengidentifikasi berbagai permasalahan kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur serta sebagai referensi untuk menyusun kebijakan dalam mengatasi berbagai permasalahan tersebut.

BAB II

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi dan Waktu Magang

3.1.1 Lokasi Magang

Kegiatan magang berlokasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang terletak di Jalan Ahmad Yani No. 118 Kota Surabaya pada bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P), seksi Surveilans dan Imunisasi.

3.1.2 Waktu Magang

Kegiatan magang dilaksanakan tanggal 2 Januari 2020 sampai dengan 31 Januari 2020. Magang dilaksanakan selama 5 hari kerja yaitu Senin – Kamis pukul 07.00 – 15.30 WIB dan hari Jumat pukul 07.00 – 14.30 WIB. *Timeline* pelaksanaan magang sampai dengan seminar hasil dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1 Timeline Pelaksanaan Magang

| Kegiatan | Januari | | | | | Februari | | | |
|--|------------|---|---|---|---|----------|---|---|---|
| | Minggu Ke- | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Pelaksanaan magang | | | | | | | | | |
| Pengumpulan data dan informasi | | | | | | | | | |
| Pengolahan data, identifikasi masalah, penentuan prioritas masalah | | | | | | | | | |
| Supervisi pembimbing | | | | | | | | | |
| Penentuan alternatif solusi masalah. | | | | | | | | | |
| Penyusunan laporan magang | | | | | | | | | |
| Seminar hasil laporan magang | | | | | | | | | |
| Revisi dan pengumpulan laporan magang | | | | | | | | | |

3.2 Metode Pelaksanaan Magang

Metode kegiatan magang yang akan dilaksanakan antara lain :

a. Pengenalan Lingkungan Kerja

Peserta magang diperkenalkan dengan lingkungan kerja serta struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya pada Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

b. Observasi

Peserta magang mengamati secara langsung berbagai kegiatan serta alur kerja pada Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

c. Partisipasi Aktif

Peserta magang berpartisipasi secara aktif dalam membantu berbagai kegiatan kerja maupun kegiatan turun lapangan atau Dinas Luar (DL) pada Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Contoh kegiatan kerja yang dilaksanakan oleh peserta magang adalah mengolah data sekunder, membuat grafik, dan membuat peta. Contoh kegiatan turun lapangan yang dilaksanakan oleh peserta magang adalah penyelidikan epidemiologi KLB dan supervisi suportif imunisasi.

d. *Indepth Interview*

Peserta magang melakukan wawancara mendalam dengan petugas Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mengenai permasalahan yang ada di tempat magang atau permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat sebagai bahan untuk membuat laporan magang.

e. Ceramah

Peserta magang mendengarkan pengarahan dan penjelasan dari petugas Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mengenai permasalahan yang ada di tempat magang atau permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat.

f. Studi Literatur

Peserta magang mempelajari berbagai teori yang ada dalam literatur dan mencoba mengorelasikannya dengan kenyataan yang ada di tempat magang atau di lingkungan masyarakat.

g. Pengumpulan Data Sekunder.

Peserta magang mempelajari data sekunder yang tersedia seperti profil dinas kesehatan serta berbagai laporan kegiatan guna menunjang penyusunan laporan magang.

h. Penulisan Laporan Magang

Peserta magang menyusun laporan akhir magang sebagai bentuk *monitoring* dan evaluasi selama pelaksanaan magang serta sebagai laporan akhir hasil pelaksanaan magang.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer diperoleh dengan metode observasi, diskusi, *indepth interview*, serta partisipasi aktif. Sumber data primer dapat berasal dari pembimbing magang, petugas di lokasi magang, dan kegiatan turun lapangan.

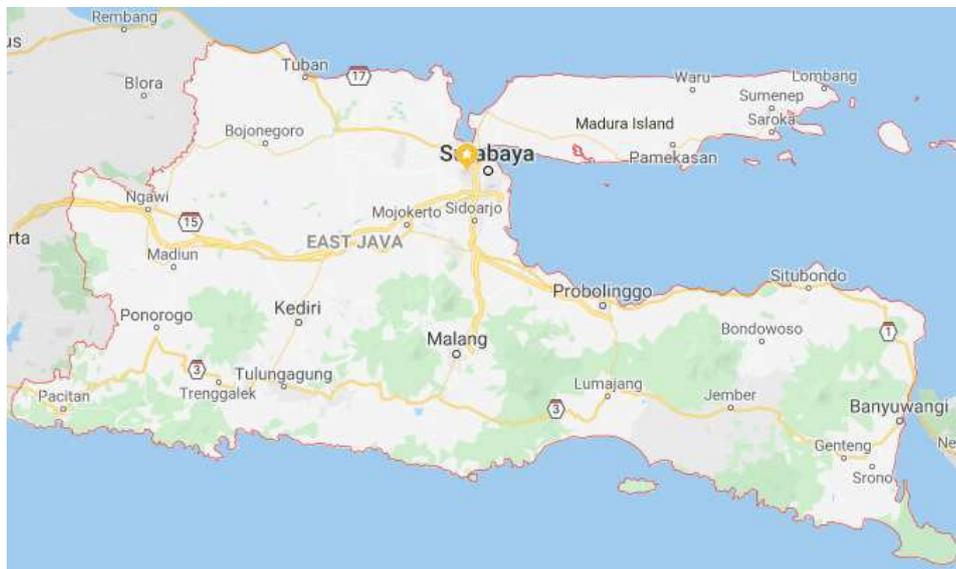
b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan metode studi literatur dan data sekunder. Sumber data sekunder dapat berasal dari buku teks, jurnal ilmiah, profil dinas kesehatan, laporan kegiatan, laporan rutin pelaksanaan surveilans, serta data rekapitulasi rutin harian, bulanan, dan tahunan masalah kesehatan di Provinsi Jawa Timur.

BAB III**HASIL****4.1 Gambaran Umum Kondisi Geografis dan Administrasi Provinsi Jawa Timur**

Provinsi Jawa Timur memiliki luas wilayah daratan 47.799,75 km² dan berada pada 111°0' hingga 114°4' BT dan 7°12' hingga 8°48' LS. dengan batas wilayah:

- a. sebelah utara : Laut Jawa
- b. sebelah selatan: Samudera Hindia
- c. sebelah barat : Selat Bali
- d. sebelah timur : Provinsi Jawa Tengah



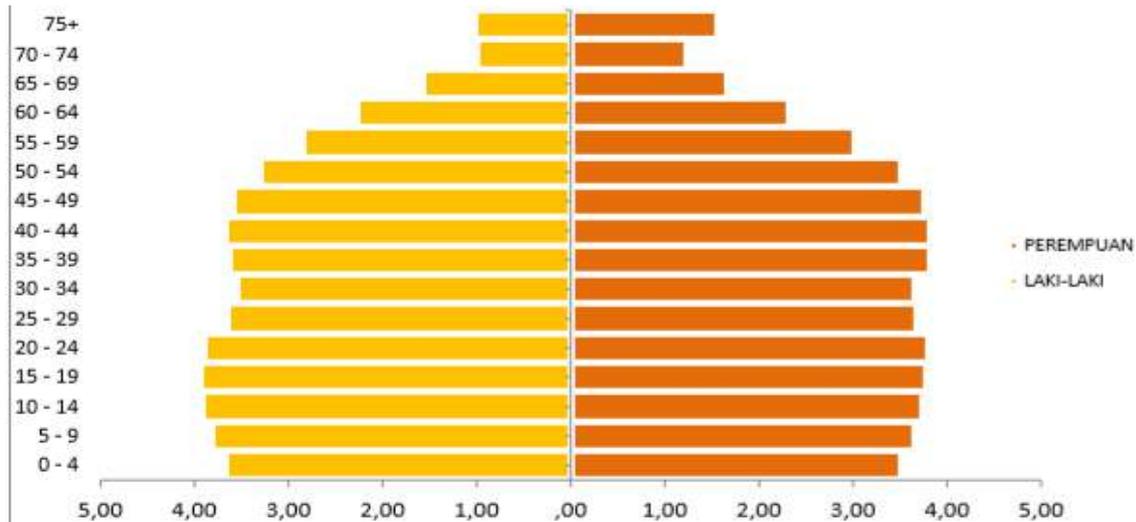
Gambar 4.1 Peta Provinsi Jawa Timur

Sumber : *Google Maps*

Provinsi Jawa Timur memiliki 229 pulau, yang terdiri dari 162 pulau bernama dan 67 pulau tidak bernama, dengan panjang pantai sekitar 2.833,85 km. Secara administratif, Provinsi Jawa Timur terdiri dari 29 kabupaten, 9 kota, 666 kecamatan dan 8.501 desa/kelurahan.

4.2 Gambaran Umum Kependudukan Provinsi Jawa Timur

Jumlah penduduk Provinsi Jawa Timur tahun 2018 sebesar 39.500.851 jiwa dengan rincian jumlah penduduk laki-laki 19.502.156 jiwa dan penduduk perempuan 19.998.695 jiwa. Daerah dengan jumlah penduduk terbanyak adalah Kota Surabaya (2.885.555 jiwa), sedangkan jumlah penduduk paling sedikit adalah Kota Mojokerto (128.282 jiwa). Kepadatan penduduk di kota relatif lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten. Kota Surabaya memiliki kepadatan penduduk tertinggi dengan 8.231,74 km²/jiwa.



Gambar 4.2 Piramida Jumlah Penduduk Menurut Golongan Umur Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Sumber : Pusdatin, Kementerian RI

Dari grafik piramida di atas, komposisi penduduk terbesar adalah kelompok umur 15-19 tahun sedangkan komposisi penduduk paling sedikit adalah kelompok umur 70-74 tahun. Angka Beban Tanggungan (AKB) penduduk Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 sebesar 43,70.

4.3 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.3.1 Visi

Visi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah mewujudkan "Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat". Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi dimana masyarakat Jawa Timur menyadari, mau, dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

4.3.2 Misi

Berdasarkan Visi Dinas Kesehatan Provinsi, maka misi pembangunan kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur:

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
- c. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.
- d. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.
- e. Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan.

4.3.3 Tujuan

Dalam rangka mewujudkan misi organisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menetapkan tujuan sebagai berikut:

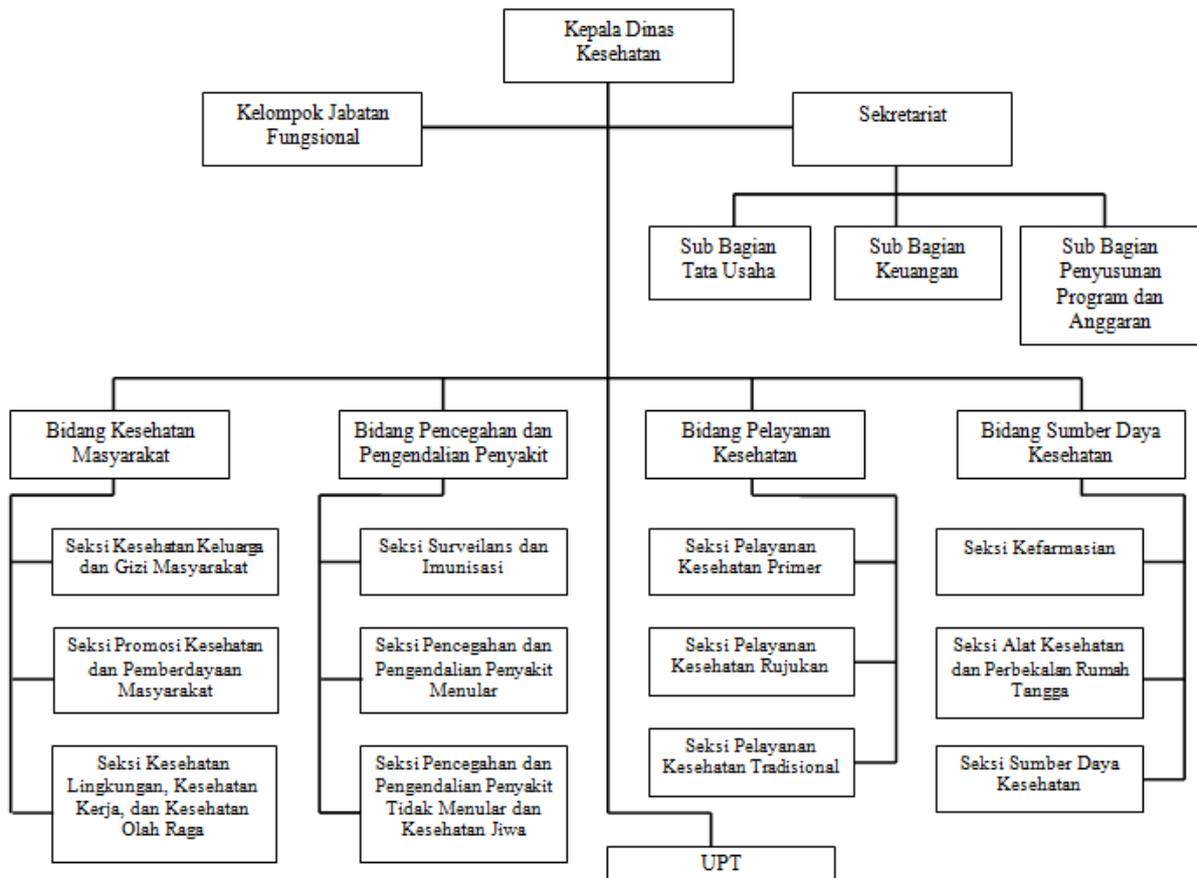
- a. Untuk misi "Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan", ditetapkan tujuan mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Untuk misi "Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat", ditetapkan tujuan memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).
- c. Untuk misi "Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau", ditetapkan tujuan meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya, meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat, serta menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan.
- d. Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan.
- e. Untuk misi "Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan", ditetapkan tujuan mencegah menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya.
- f. Untuk misi "Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan", ditetapkan tujuan meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar.

4.3.4 Kebijakan

Dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merumuskan kebijakan sebagai berikut:

- a. Untuk misi “Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan”, ditetapkan kebijakan pemantapan pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Untuk misi “Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat”, ditetapkan kebijakan pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan peningkatan lingkungan sehat.
- c. Untuk misi “Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau”, ditetapkan kebijakan percepatan penurunan kematian ibu dan anak, peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan, pemenuhan ketersediaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan dan makanan, serta peningkatan pembiayaan kesehatan dan pengembangan kebijakan dan manajemen kesehatan.
- d. Untuk misi “Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan”, ditetapkan kebijakan penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada bayi, anak balita, ibu hamil dan menyusui, dan peningkatan pencegahan, surveilans, deteksi dini penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit potensial KLB/wabah dan ancaman epidemi yang diikuti dengan pengobatan sesuai standar serta penanggulangan masalah kesehatan lainnya dan bencana.
- e. Untuk misi “Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan”, ditetapkan kebijakan penyediaan tenaga kesehatan di rumah sakit, balai kesehatan, puskesmas dan jaringannya serta mendayagunakan tenaga kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan.

4.3.5. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



Gambar 4.3 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Menurut Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, susunan organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terdiri atas (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2016):

- a. Sekretariat, membawahi:
 - 1) Sub Bagian Tata Usaha
 - 2) Sub Bagian Penyusunan Program dan Anggaran
 - 3) Sub Bagian Keuangan.
- b. Bidang Kesehatan Masyarakat membawahi:
 - 1) Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 - 2) Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
 - 3) Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga.
- c. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, membawahi:
 - 1) Seksi Surveilans dan Imunisasi

- 2) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
 - 3) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa
- d. Bidang Pelayanan Kesehatan, membawahi:
- 1) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer
 - 2) Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan
 - 3) Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional
- e. Bidang Sumber Daya Kesehatan membawahi:
- 1) Seksi Kefarmasian
 - 2) Seksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Rumah Tangga
 - 3) Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- f. UPT Fungsional Rumah Sakit
- g. UPT
- h. Kelompok Jabatan Fungsional

4.4 Gambaran Umum Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

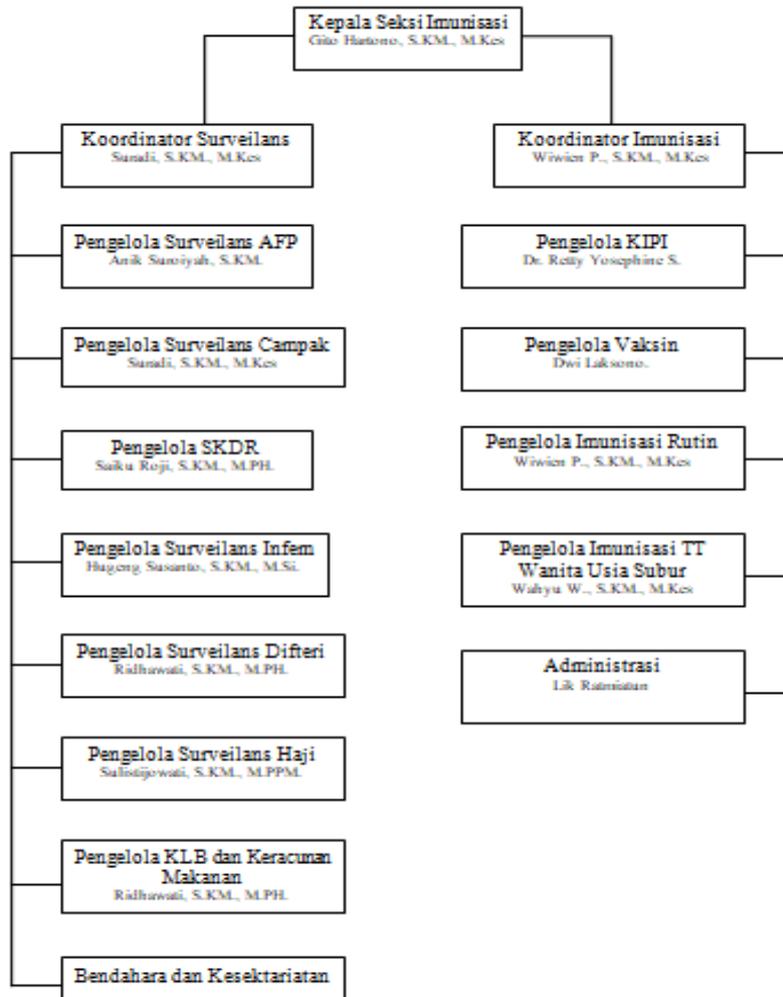
Menurut Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit memiliki tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, koordinasi serta evaluasi di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2016). Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai fungsi:

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA
- b. Pelaksanaan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA
- c. Pelaksanaan koordinasi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA
- d. Pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor,

penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika dan NAPZA

- e. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik, dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA
- f. Pelaksanaan tugas – tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.

4.5 Gambaran Umum Seksi Surveilans dan Imunisasi



Gambar 4.4 Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Menurut Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit membawahi seksi surveilans dan imunisasi yang memiliki tugas (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2016):

- a. Menyiapkan bahan penyusunan perencanaan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa

- b. Menyiapkan bahan rumusan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- d. Menyiapkan bahan rumusan pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- e. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan sosialisasi kebijakan, pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- f. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- g. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas sektor tentang program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- h. Menyiapkan bahan pelaksanaan pemantauan, evaluasi dan pelaporan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- i. Menyiapkan bahan pelaksanaan bimbingan dan pengendalian faktor resiko, pendayagunaan sumber daya dan fasilitasi pelayanan kesehatan haji
- j. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

4.6 Program Kerja Seksi Surveilans dan Imunisasi

Sumber daya manusia seksi surveilans dan imunisasi terbagi atas dua bidang kerja, yaitu surveilans dan imunisasi. Surveilans epidemiologi adalah suatu kegiatan pengamatan, pengumpulan, analisis, interpretasi, dan diseminasi data suatu masalah kesehatan atau determinannya yang dilaksanakan secara sistematis, rutin, dan berkesinambungan (Noor, 2014). Beberapa jenis program surveilans yang dilaksanakan secara rutin oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah:

- a. Surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP)

Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) merupakan pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layuh akut atau AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio. Rekomendasi WHO tahun 1995 yaitu melakukan Surveilans AFP untuk menjaring semua kasus dengan gejala mirip polio yaitu lumpuh layuh mendadak (*Acute Flaccid Paralysis*/AFP) untuk membuktikan masih terdapat kasus polio atau tidak (non polio) di populasi. Non

polio AFP merupakan kasus lumpuh layuh akut yang diduga kasus polio tetapi setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium bukan termasuk kasus polio (Kementerian Kesehatan RI, 2007).

b. Surveilans difteri

Surveilans difteri adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus berdasarkan data dan informasi tentang kejadian penyakit difteri, serta kondisi yang memengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit difteri, untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan difteri secara efektif dan efisien (Sarawati, 2018).

c. Surveilans campak

Surveilans campak adalah pemantauan secara terus menerus terhadap setiap kejadian tersangka kasus campak di masyarakat, meliputi mencatat semua kasus campak dalam formulir C-1, membuat laporan untuk dinas kesehatan, melakukan penyelidikan KLB campak, analisis data, serta memberikan hasil analisis untuk pengembangan program imunisasi (Sugiasih, 2012).

d. Surveilans keracunan makanan

Surveilans keracunan makanan adalah suatu kegiatan *monitoring* kasus keracunan makanan (meliputi angka insiden, prevalens, dan *case fatality rate*) serta memastikan tersedianya makanan dan minuman yang aman bagi masyarakat. Tujuan dari surveilans keracunan makanan adalah mengetahui kondisi lingkungan yang berpotensi menimbulkan *food borne disease*, mengetahui jenis dan kadar mikroba atau kontaminan lain yang dapat menurunkan *hygiene* dari suatu makanan dan minuman, serta memantau tanda awal kemungkinan timbulnya KLB keracunan makanan.

Sementara itu, berbagai kegiatan turun lapangan atau dinas luar yang dilaksanakan antara lain:

a. Penyelidikan Epidemiologi (PE)

Penyelidikan Epidemiologi (PE) adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk mendapatkan gambaran terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit secara detail. Tujuan dari PE adalah mengetahui besar masalah kesehatan serta mencegah penyebaran yang lebih luas. Kegiatan PE dilaksanakan melalui identifikasi kasus, identifikasi faktor risiko, identifikasi kontak erat, dan pengambilan spesimen apabila diperlukan. Identifikasi ini biasa dilakukan dengan kunjungan rumah maupun kunjungan ke fasilitas

kesehatan untuk bertemu dengan pasien secara langsung (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

b. Penyelidikan KLB

Penyelidikan KLB adalah kegiatan yang dilaksanakan pada suatu KLB atau dugaan adanya KLB dengan tujuan memastikan adanya KLB, mengetahui penyebab, gambaran epidemiologi, sumber penyebaran, berbagai faktor yang memengaruhi, serta menetapkan cara penanggulangan yang efektif dan efisien (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

c. Komunikasi dan koordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten beserta jajarannya

Kegiatan komunikasi dan koordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten dilakukan dengan tujuan untuk mencari solusi terhadap suatu masalah kesehatan atau KLB secara bersama-sama. Dinas kesehatan provinsi akan mendengarkan berbagai kendala yang dihadapi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dalam menyelesaikan masalah kesehatan tertentu dan memberikan beberapa rekomendasi. Dinas kesehatan kabupaten/kota dapat pula mengundang pihak-pihak puskesmas di wilayah kerjanya untuk diajak berkerjasama dalam menuntaskan suatu masalah kesehatan.

Pada bidang kerja imunisasi, dilakukan pemantauan dan evaluasi terkait cakupan imunisasi pada wilayah Provinsi Jawa Timur. Program imunisasi ini mencakup imunisasi dasar lengkap, imunisasi anak usia bawah dua tahun (baduta), imunisasi untuk anak usia sekolah dasar atau BIAS, dan wanita usia subur (WUS). Selain itu, beberapa kegiatan turun lapangan atau dinas luar yang dilaksanakan antara lain:

a. *Rapid Convenient Assesment (RCA)*

Rapid Convenient Assesment (RCA) adalah salah satu metode penilaian cepat untuk memantau tingkat keberhasilan program imunisasi tertentu pada suatu lokasi tertentu. Fungsi dari RCA adalah mengetahui apakah seluruh sasaran pada suatu lokasi telah terimunisasi serta apabila ditemukan sasaran yang tidak terimunisasi, dapat diketahui alasannya (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Metode RCA dilaksanakan dengan cara mengunjungi 20 – 30 rumah pada suatu lokasi. Apabila dari kunjungan rumah tersebut ditemukan lebih dari 2 sasaran yang tidak terimunisasi, maka imunisasi tersebut dianggap gagal.

b. Supervisi Suportif

Supervisi suportif adalah salah satu strategi untuk memperkuat puskesmas dalam meningkatkan pencapaian target cakupan dan mutu program imunisasi. Kegiatan

supervisi suportif disertai dengan pedoman supervisi dan *check list*. Fungsi dari supervisi suportif adalah mengumpulkan data, mengidentifikasi masalah, memberi umpan balik serta memecahkan masalah terkait program imunisasi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

c. *Data Quality Self Assesment (DQS)*

Data Quality Self Assesment (DQS) adalah suatu metode penilaian yang diperkenalkan oleh WHO untuk menilai dan menjaga kualitas pencatatan dan pelaporan data imunisasi. Aspek yang dinilai dalam DQS meliputi aspek kuantitas (akurasi data) dan aspek kualitas (sistem monitoring data) (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Beberapa tujuan dari DQS adalah mengidentifikasi alur pencatatan dan pelaporan program imunisasi di puskesmas, mengetahui akurasi laporan cakupan imunisasi, mengetahui persentase kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan dari puskesmas ke kabupaten/kota, mengetahui kualitas sistem pemantauan program imunisasi, mengetahui kekuatan dan kelemahan sistem pencatatan dan pelaporan, serta memberi rekomendasi terkait dengan hasil DQS.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari laporan ini adalah:

1. Visi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah mewujudkan "Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat".
2. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur membawahi beberapa bidang, diantaranya adalah sekretariat, kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan sumber daya kesehatan.
3. Bidang pencegahan dan pengendalian penyakit, membawahi beberapa seksi antara lain seksi surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular serta kesehatan jiwa.
4. Seksi surveilans dan imunisasi memiliki tugas diantaranya mempersiapkan berbagai kebijakan terkait program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
5. Beberapa program yang dilaksanakan oleh seksi surveilans dan imunisasi adalah surveilans AFP, surveilans difteri, surveilans campak, surveilans keracunan makanan, penyelidikan KLB, pemantauan dan evaluasi cakupan imunisasi, RCA, supervisi suportif, dan DQS.

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait laporan ini adalah:

1. Meningkatkan koordinasi dan kerjasama antara Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan dinas kesehatan kabupaten/kota dan seluruh puskesmas di wilayah Provinsi Jawa Timur
2. Meningkatkan promosi serta edukasi kesehatan kepada masyarakat serta sosialisasi mengenai program surveilans yang dijalankan oleh dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota agar masyarakat semakin mawas diri terkait dengan kesehatan dirinya sendiri maupun orang-orang di lingkungan sekitarnya.
3. Melakukan perbaikan dan pengembangan secara berkesinambungan terhadap berbagai program kerja yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya Seksi Surveilans dan Imunisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI (2007) *Keputusan Menteri Kesehatan No 483 Tahun 2007 Tentang Pedoman Surveilans Acute Flaccid Paralysis*. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2011) *Buku Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular dan Keracunan Pangan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2013) *Pedoman Surveilans dan Respons Kesiapsiagaan Menghadapi Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus (MERS-CoV)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. Indonesia.
- Noor, N. N. (2014) *Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pemerintah Provinsi Jawa Timur (2016) *Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Provinsi Jawa Timur*. Indonesia.
- Sarawati, E. (2018) *Pedoman Surveilans dan Penanggulangan Difteri*. 1st edn. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Sugiasih, E. (2012) *Gambaran Pelaksanaan Surveilans Campak di Puskesmas Cepu dan Tunjungan Kabupaten Blora Tahun 2012*. Universitas Negeri Semarang.

LAMPIRAN 1. Daftar Absensi Mahasiswa Magang Fakultas Kesehatan Masyarakat

**Daftar Absensi Mahasiswa Magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2020**

| No | Nama | NIM | Bulan Januari | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------|---------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | | | 02-01-2020 | | 03-01-2020 | | 06-01-2020 | | 07-01-2020 | | 08-01-2020 | | 09-01-2020 | |
| | | | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang |
| 1 | Alya Hanifa Rasyidi | 101611133147 | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | |
| 2 | Made Nita Sintari | 101611133161 | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | |
| 3 | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | |

| No | Nama | NIM | Bulan Januari | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------|---------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | | | 10-01-2020 | | 13-01-2020 | | 14-01-2020 | | 15-01-2020 | | 16-01-2020 | | 17-01-2020 | |
| | | | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang |
| 1 | Alya Hanifa Rasyidi | 101611133147 | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | Atya | |
| 2 | Made Nita Sintari | 101611133161 | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | |
| 3 | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | Ann | |

| No | Nama | NIM | Bulan Januari | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------|---------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | | | 20-01-2020 | | 21-01-2020 | | 22-01-2020 | | 23-01-2020 | | 24-01-2020 | | 27-01-2020 | |
| | | | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang |
| 1 | Alya Hanifa Rasyidi | 101611133147 | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya |
| 2 | Made Nita Sintari | 101611133161 | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M |
| 3 | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | An | An | An | An | An | An | An | An | An | An | An | An |

| No | Nama | NIM | Bulan Januari | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------|---------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------|
| | | | 28-01-2020 | | 29-01-2020 | | 30-01-2020 | | 31-01-2020 | | |
| | | | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | |
| 1 | Alya Hanifa Rasyidi | 101611133147 | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya |
| 2 | Made Nita Sintari | 101611133161 | M | M | M | M | M | M | M | M | |
| 3 | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | An | An | An | An | An | An | An | An | |

LAMPIRAN 2. Surat Permohonan Izin Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 8042/UN3.1.10/PPd/2019
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan izin magang

12 Nopember 2019

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Provinsi Jawa Timur
Jl. Ahmad Yani No. 118
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa, atas nama (terlampir).

Sebagai peserta magang di Instansi Saudara.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan,
Wakil Dekan I
Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.
NIP 196609271997022001

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;
6. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
7. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
8. Yang bersangkutan.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

**DAFTAR NAMA PESERTA MAGANG
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

| No. | Nama Mahasiswa | NIM | Peminatan | Tempat Magang | Pembimbing | Pelaksanaan |
|-----|---------------------------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1. | Anugrah Lintang Indrawati | 101611133058 | Epidemiologi | Bagian Penyakit Tidak Menular | Dr. Lucia Yovita Hendrati, S.KM., M.Kes | 02 Januari 2020 s.d 31 Januari 2020 |
| 2. | Nida Luthfina | 101611133097 | | | | |
| 3. | Indria Dwi Saraswati | 101611133037 | | | | |
| 4. | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | | Bagian Surveilans | Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D | |
| 5. | Alya hanifa Rasyidi | 101611133147 | | | | |
| 6. | Made Nita Sintari | 101611133161 | | | | |
| 7. | Erren Silvia Herdiyani | 101611133045 | | Bagian Penyakit Menular | Prof. Dr., Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., MPH | |
| 8. | Elvira Revita | 101611133042 | | | | |
| 9. | Armya Zakiah Safitri | 101611133182 | | | | |
| 10. | Tashya Angelie Tamara | 101611133035 | Administrasi & Kebijakan Kesehatan | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Ilham Aksanu Ridlo, S.KM., M.Kes | Januari s.d. Februari 2020 |
| 11. | Aldila Mazaya Ghaisani | 101611133158 | | | | |
| 12. | Ana mariatul Ulfa | 101611133082 | | | | |
| 13. | Riphyana Novayanti | 101611133031 | | | | |



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id> E-mail: info@fkm.unair.ac.id

| No. | Nama Mahasiswa | NIM | Peminatan | Tempat Magang | Pembimbing | Pelaksanaan |
|-----|-------------------------|--------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 14. | Salsabila Naim | 1016111218 | Biostatistika | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Yuly Sulistyorini, S.KM., M.Kes | 23 Desember 2019 s.d 24 Januari 2020 |
| 15. | Nadiyah Firdaus | 101611133114 | | | | |
| 16. | Dianatul Fitri | 101611133141 | | | | |
| 17. | Ita mamlu'atul Mufidah | 101611133165 | | | | |
| 18. | Annisa Fitrah Alifia | 101611133160 | PKIP | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Riris Diana Rachmayanti, SKM., M.Kes | 6 Januari s.d 6 Februari 2020 |
| 19. | Ferina Agustia Y. | 101611133121 | | | | |
| 20. | M. Baharrudin Wisudawan | 101611133063 | | | | |
| 21. | Putri Faradina H. | 10161113357 | | | | |
| 22. | Nabila Maliha | 101611133178 | | | | |

Surabaya, 12 Nopember 2019


 n./Dekan,
 Wakil Dekan
 Dr. Santy Martini, dr., M.Kes.
 NIP-196609271997022001

LAMPIRAN 3. Dokumentasi Kegiatan

| | |
|---|---|
|  | <p>Kegiatan analisis data pasien difteri di Provinsi Jawa Timur</p> |
|  | <p>Webinar kesiapsiagaan Novel Corona Virus bersama Kementerian Kesehatan RI</p> |
|  | <p>Kegiatan supervisi magang oleh dosen pembimbing departemen</p> |
|  | <p>Kegiatan senam pagi setiap Hari Jumat di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur</p> |

Lanjutan Lampiran 3. Dokumentasi Kegiatan

| | |
|---|---|
|  | <p>Penyelidikan Epidemiologi kepada 2 pasien Hepatitis A di Kabupaten Jember</p> |
|  | <p>Kegiatan <i>Rapid Convenient Assesment (RCA)</i> di Kabupaten Pamekasan, Madura</p> |
|  | <p>Kegiatan penyelidikan KLB keracunan makanan di Kabupaten Bojonegoro</p> |
|  | <p>Supervisi Suportif dan RCA di Kabupaten Probolinggo</p> |
|  | <p>Kegiatan seminar hasil magang bersama dosen pembimbing departemen dan perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur</p> |

LAPORAN INDIVIDU

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**EVALUASI PENURUNAN PENEMUAN KASUS AFP BUKAN
POLIO DAN SPESIMEN ADEKUAT
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TAHUN 2019**



Oleh :

**ALYA HANIFA RASYIDI
NIM. 101611133147**

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TANGGAL 2-31 JANUARI 2020**

Disusun Oleh:

ALYA HANIFA RASYIDI

NIM. 101611133147

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

3 Februari 2020



Laura Navika Yamani S.Si., M.Si., Ph.D

NIP. 198601082018032001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

3 Februari 2020



Suradi, SKM., M.Kes

NIP. 196303111986031024

Mengetahui,

3 Februari 2020

Ketua Departemen Epidemiologi



Atik Choirul Hidajah, dr, M.Kes

NIP. 1968110219998022001

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Segala puja dan puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas hidayah serta rahmat-Nya penulis bisa menyelesaikan laporan magang dengan judul “Evaluasi Penurunan Penemuan Kasus Non AFP Rate dan Spesimen Adekuat di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur”. Laporan magang ini merupakan prasyarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga.

Terimakasih dan penghargaan saya sampaikan kepada yang terhormat;

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., M.S selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes selaku Kepala Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Laura Navika Yamani S.Si., M.Si., Ph.D selaku dosen pembimbing dalam pelaksanaan magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
4. Gito Hartono, S.KM., M. Kes. selaku Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang
5. Anik Suroiyah, S. KM. selaku pengelola Surveilans AFP yang secara terbuka mendukung dan membimbing selama pelaksanaan magang.
6. Suradi S.KM., M.Kes. selaku pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah membimbing selama pelaksanaan magang,
7. Teman-teman magang di seksi Surveilans dan Imunisasi yang saling mendukung dalam pelaksanaan hingga akhir penyusunan laporan magang.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat, hidayah-Nya serta balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan laporan magang ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun atas kekurangan laporan magang ini. Semoga bermanfaat baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Surabaya, 31 Januari 2020

(Penulis)

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| HALAMAN JUDUL | |
| HALAMAN PENGESAHAN | |
| KATA PENGANTAR..... | |
| DAFTAR ISI..... | |
| DAFTAR GAMBAR..... | |
| DAFTAR TABEL | |
| DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH | |
| BAB I. PENDAHULUAN..... | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Tujuan..... | 5 |
| 1.2.1 Tujuan Umum..... | 5 |
| 1.2.2 Tujuan Khusus | 5 |
| 1.3 Manfaat | 5 |
| 1.3.1 Bagi Mahasiswa..... | 5 |
| 1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat | 5 |
| 1.3.3 Bagi Instansi Dinas Kesehatan Masyarakat | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Penyakit Polio | 6 |
| 2.1.1 Definisi Polio | 6 |
| 2.1.2 Penyebab Polio..... | 6 |
| 2.1.3 Gejala Klinis Polio | 7 |
| 2.1.4 Cara Penularan Polio | 8 |
| 2.1.5 Imunisasi Polio..... | 9 |
| 2.2 Kasus AFP | |
| 2.2.1 Definisi Kasus AFP | 10 |
| 2.2.2 Diagnosis yang Digolongkan Kasus AFP | 10 |
| 2.2.3 Diagnosis Kasus AFP yang Dilaporkan Sistem Surveilans | 10 |
| 2.2.4 Interpretasi Hasil Laboratorium..... | 12 |
| 2.3 Surveilans AFP..... | 13 |
| 2.3.1 Definisi Surveilans AFP | 13 |
| 2.3.2 Tujuan Surveilans AFP..... | 13 |
| 2.3.3 Indikator Kinerja Surveilans AFP..... | 14 |

| | | |
|--|---|----|
| 2..3.4 | Kegiatan Surveilans AFP..... | 16 |
| 2.3.5 | Tatalaksana Kasus AFP..... | 19 |
| 2.4 | Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG | 19 |
| 2.5 | Penentuan Akar Penyebab Masalah dengan Metode Fishbone | 21 |
| BAB III METODE KEGIATAN MAGANG..... | | |
| 3.1 | Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang | 24 |
| 3.1.1 | Lokasi Magang..... | 24 |
| 3.1.2 | Waktu Pelaksanaan Magang..... | 24 |
| 3.2 | Metode Pelaksanaan Magang | 25 |
| 3.3 | Teknik Pengumpulan data | 26 |
| 3.4 | Output Kegiatan | 26 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN..... | | |
| 4.1 | Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | 28 |
| 4.1.1 | Visi | 28 |
| 4.1.2 | Misi..... | 28 |
| 4.1.3 | Tujuan..... | 28 |
| 4.1.4 | Kebijakan..... | 29 |
| 4.1.5 | Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit..... | 31 |
| 4.1.6 | Seksi Surveilans dan Imunisasi..... | 33 |
| 4.2 | Gambaran Program Surveilans AFP (<i>Acute Flaccid Paralysis</i>)..... | 34 |
| 4.2.1 | Tujuan Surveilans AFP..... | 34 |
| 4.2.2 | Indikator Kinerja Surveilans AFP..... | 35 |
| 4.2.3 | Kegiatan Surveilans AFP..... | 36 |
| 4.3 | Gambaran Sistem Pencatatan dan Pelaporan Surveilans AFP mulai dari Proses Pengumpulan, Pengolahan, Analisis Data, dan Diseminasi Data | 38 |
| 4.3.1 | Pengumpulan Data | 39 |
| 4.3.2 | Pengolahan Data | 39 |
| 4.3.3 | Analisis Data..... | 40 |
| 4.3.4 | Diseminasi Data | 40 |
| 4.4 | Distribusi Kasus AFP Bukan Polio di Provinsi Jawa Timur berdasarkan waktu, tempat, orang..... | 40 |

| | | |
|---|--|-----------|
| 4.4.1 | Distribusi Kasus AFP Bukan Polio Berdasarkan Waktu... | 40 |
| 4.4.2 | Distribusi Kasus AFP Bukan Polio Berdasarkan Tempat . | 43 |
| 4.4.3 | Distribusi Kasus AFP Bukan Polio Berdasarkan Orang ... | 43 |
| 4.5 | Penurunan Spesimen Adekuat (Target $\leq 80\%$)..... | 44 |
| 4.6 | Menurunnya Penemuan Kasus AFP bukan Polio dan Spesimen Adekuat..... | 45 |
| 4.7 | Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah, dan Alternatif Solusi | 46 |
| 4.7.1 | Identifikasi Masalah | 46 |
| 4.7.2 | Prioritas Masalah..... | 50 |
| 4.7.3 | Penyebab Masalah..... | 51 |
| 4.5.4 | Alternatif Solusi | 53 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | | |
| 5.1 | Kesimpulan | 57 |
| 5.2 | Saran | 58 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 59 |
| LAMPIRAN | | 60 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Judul Gambar | Halaman |
|-------|--|---------|
| 4.1 | Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019..... | 31 |
| 4.2 | Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019..... | 32 |
| 4.3 | Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019..... | 34 |
| 4.4 | Distribusi Kasus AFP Bukan Polio di Jawa Timur Tahun 2015-2019..... | |
| 4.5 | Distribusi kasus AFP bukan Polio berdasarkan Bulan di Jawa Timur Tahun 2016-2019..... | 42 |
| 4.6 | Peta Persebaran Rate AFP Bukan Polio Berdasarkan Kinerja SAFP di Jawa Timur tahun 2019..... | 43 |
| 4.7 | Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Kelompok Umur di Jawa Timur tahun 2016-2019..... | 44 |
| 4.8 | Peta Persebaran Persentase Spesimen Adekuat Berdasarkan Kinerja SAFP di Jawa Timur tahun 2019..... | 45 |
| 4.9 | Peta Persebaran Kasus AFP dan Spesimen Adekuat berdasarkan Kinerja SAFP tahun 2019..... | 46 |
| 4.10 | <i>Non Polio AFP Rate</i> di Jawa Timur tahun 2014-2019..... | 47 |
| 4.11 | Persentase Spesimen Adekuat Kasus AFP di Jawa Timur tahun 2014-2019 | 48 |
| 4.12 | Persentase Kunjungan Ulang 60 Hari Kasus AFP di Jawa Timur tahun 2014-2019 | 49 |
| 4.13 | Grafik Kelengkapan Laporan AFP di Provinsi Jawa Timur tahun 2017-2019 berdasarkan laporan..... | 50 |
| 4.14 | Diagram <i>Problem tree</i> Masalah <i>Rate</i> Penemuan Kasus AFP Bukan Polio Belum Memenuhi Target (1,62/100.000)..... | 52 |

DAFTAR TABEL

| Nomor | Judul Tabel | Halaman |
|-------|---|---------|
| 2.1 | Diagnosis Tergolong Kasus AFP dalam Sistem Surveilans | 9 |
| 2.2 | Contoh matriks pemecahan masalah dengan metode USG | 20 |
| 3.1 | <i>Timeline</i> Kegiatan Magang | 24 |
| 4.1 | Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG..... | 50 |

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Daftar Arti Lambang

| | |
|---|---------------------------|
| - | : sampai dengan |
| % | : persen |
| < | : kurang dari |
| > | : lebih dari |
| ≤ | : kurang dari sama dengan |
| ≥ | : lebih dari sama dengan |

Daftar Singkatan

| | |
|-------|--------------------------------------|
| AFP | : (<i>Acute Flaccid Paralysis</i>) |
| ERAPO | : Eradikasi Polio |
| HRR | : <i>Hospital Record Review</i> |
| SAFP | : <i>Surveilans AFP</i> |
| SARS | : Surveilans Aktif Rumah Sakit |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang merupakan kegiatan mandiri mahasiswa untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis sesuai dengan bidang peminatannya yang dilaksanakan di luar kampus melalui metode observasi dan partisipasi. Kurikulum program magang bagi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat memberi, keterampilan kerja, pengalaman serta penyesuaian sikap di dunia kerja sebelum terjun ke dunia kerja nyata. Kegiatan magang di bidang peminatan epidemiologi dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik di dinas kesehatan, puskesmas, rumah sakit, maupun instansi kesehatan lainnya (Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2016).

Tujuan dari program magang pada bidang epidemiologi adalah untuk mengenal struktur organisasi dan prosedur kerja, program pencegahan, penanggulangan penyakit, serta surveilans dan imunisasi yang di terapkan di tempat magang mulai mengumpulkan, mengolah, dan menganalisis data serta diseminasi informasi. Selain itu, belajar mengidentifikasi masalah kesehatan di instansi setempat, membuat prioritas masalah, menentukan alternatif pemecahan masalah serta mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan instansi (Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2016).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah salah satu unsur penyelenggara urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur. Visi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yaitu meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan. Adapun misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencakup kegiatan pencegahan, surveilans, deteksi dini baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, bencana dan imunisasi. Informasi mengenai hal tersebut telah didapatkan selama perkuliahan dan hal itulah yang menjadi dasar dalam menjadikan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai tempat magang.

Poliomielitis merupakan penyakit menular yang dapat menyebabkan paralisis ireversibel dan kematian pada anak. Predileksi virus polio pada sel kornu anterior medula spinalis, inti motorik batang otak dan area motorik korteks otak,

menyebabkan kelumpuhan serta atrofi otot. Mengingat penyakit ini menyebabkan kelumpuhan, maka polio menjadi salah satu penyakit yang penting untuk dieradikasi secara global. Dunia sangat beruntung karena ditemukan vaksin yang efektif untuk mencegah polio. Dikenal dua jenis vaksin polio, yaitu oral polio vaccines (OPV) dan inactivated polio vaccines (IPV) (Satari, Ibbibah, & Utoro, 2017)

Gerakan inisiatif global untuk eradikasi polio yang dicanangkan oleh WHO sudah menurunkan insidens polio sampai lebih dari 80%. Selain pemberian vaksin, strategi untuk eradikasi polio ini perlu didukung dengan program pemerintah yang kuat dan sistem surveilans yang baik. Pada tahun 1988 tercatat 350.000 kasus poliomyelitis yang disebabkan oleh virus polio liar (VPL) yang tersebar di 125 negara. World Health Organization (WHO) mencanangkan program eradikasi polio yang dikenal dengan Global Polio Eradication Initiative (GPEI) dengan target selesai pada tahun 2000. Tujuan GPEI (di Indonesia dikenal sebagai eradikasi polio/ERAPO), adalah untuk memutuskan rantai penularan virus polio secara global melalui usaha yang terkoordinasi secara nasional dan internasional. Program tersebut dilakukan berdasarkan bukti bahwa manusia adalah satu-satunya reservoir virus polio (Gunardi, 2017).

Kasus poliomyelitis sebagian besar bersifat non-paralitik atau tidak disertai manifestasi klinis yang jelas. Sebagian kecil (1%) dari kasus poliomyelitis yang menimbulkan kelumpuhan (*Poliomyelitis Paralitik*) maka diperlukan pengamatan yang difokuskan pada kasus poliomyelitis yang mudah diidentifikasi (poliomyelitis paralitik) yaitu melalui Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*). Suatu wilayah ditemukan kasus poliomyelitis paralitik menunjukkan adanya penyebaran virus polio liar di wilayah tersebut (Kepmenkes RI, 2007).

Surveilans yang sensitif dan aktif dalam menemukan kasus AFP dan kualitas laboratorium adalah peran penting dalam memastikan bahwa penularan virus polio telah terputus dan program imunisasi telah bekerja. Dokumentasi penghentian penularan virus polio diperlukan dalam sertifikasi pemberantasan polio secara global. Data yang dikumpulkan dapat memberikan bukti penghapusan virus polio dan juga dapat digunakan sebagai pedoman dalam

membuat rencana untuk mencegah dan memberantas infeksi polio (Susanti & Herna, 2019)

Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) merupakan pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layuh akut atau AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio. Rekomendasi WHO tahun 1995 yaitu melakukan Surveilans AFP untuk menjangring semua kasus dengan gejala mirip polio yaitu lumpuh layuh mendadak (*Acute Flaccid Paralysis*/AFP) untuk membuktikan masih terdapat kasus polio atau tidak (non polio) di populasi. Non polio AFP merupakan kasus lumpuh layuh akut yang diduga kasus polio tetapi setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium bukan termasuk kasus polio (Kepmenkes RI, 2007).

Surveilans AFP dilaksanakan secara intensif sejak tahun 1997 melalui peningkatan komitmen Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Propinsi di seluruh Indonesia, penemuan kasus AFP menunjukkan peningkatan yang bermakna, namun berfluktuasi dimana penemuan kasus terendah pada tahun 2000. Hal ini dikarenakan pada tahun tersebut terjadi transisi sistem pemerintahan sentralisasi menjadi desentralisasi terutama adanya perubahan struktur organisasi di setiap tingkat pemerintahan. Tahun 2002, Ditjen PP & PL menetapkan adanya Petugas Surveilans Khusus AFP di tingkat propinsi sebagai koordinator teknis pelaksanaan surveilans AFP yang bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi. Sistem ini terjadi peningkatan penemuan kasus AFP diatas batas minimal *Non polio Rate* 1/100.000 anak usia kurang 15 tahun. Penemuan kasus tersebut belum maksimal, karena masih ditemukan adanya kasus AFP yang lolos di beberapa RS (Kepmenkes RI, 2007).

Sejak surveilans AFP dilaksanakan secara intensif tahun 1997 melalui peningkatan komitmen Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Propinsi di seluruh Indonesia, penemuan kasus AFP menunjukkan peningkatan yang bermakna, namun berfluktuasi dimana penemuan terendah pada tahun 2000. Dalam tahun 2005 terjadi KLB polio yang berdampak pada meningkatnya kepedulian masyarakat terhadap semua kelumpuhan yang terjadi, sehingga penemuan kasus AFP non polio meningkat lebih 2/100.000 meskipun spesimen adekuat kurang 80 %. Penemuan kasus ini menunjukkan perkiraan minimal kasus

AFP Non polio di Indonesia. Berdasarkan hal tersebut sejak tahun 2006 ditetapkan non polio AFP rate 2/100.000 anak usia kurang 15 tahun (Kepmenkes RI, 2007)

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019, Kementerian Kesehatan menetapkan non polio AFP rate minimal 2/100.000 populasi penduduk usia <15 tahun. Pada tahun 2018, secara nasional non polio AFP rate sebesar 2,35/100.000 populasi penduduk <15 tahun yang berarti sudah mencapai standar minimal penemuan. Non polio AFP rate tahun 2018 lebih tinggi dibandingkan tahun 2017, yaitu sebesar 2,19/100.000 populasi penduduk <15 tahun. Sebanyak 17 provinsi sudah mencapai standar minimal penemuan non polio AFP rate, namun masih terdapat 13 provinsi dengan non polio AFP rate belum mencapai standar minimal penemuan. Dua provinsi lainnya, yaitu Maluku Utara dan Sulawesi Tengah tidak ada kasus non polio AFP. Dari 34 provinsi, sebanyak 17 provinsi di antaranya telah mencapai target non polio AFP rate ≥ 2 per 100.000 penduduk kurang dari 15 tahun pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2019).

Laporan Tahunan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menunjukkan bahwa dalam periode 5 tahun terakhir (2015-2019) jumlah penemuan kasus AFP bukan polio dan *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) di Jawa Timur bersifat fluktuatif. Tahun 2015 mengalami penurunan menjadi 1,56(168 kasus), tahun 2016 sama dengan 2015 yaitu 1,56 (168 kasus), tahun 2017 mengalami peningkatan menjadi 2,03 (219 kasus), tahun 2018 mengalami penurunan menjadi 1,71 (184 kasus) dan tahun 2019 juga mengalami penurunan menjadi 1,64 (181 kasus). Penurunan penemuan kasus AFP bukan polio yang terjadi pada tahun 2019 juga menunjukkan bahwa target kinerja indikator *non polio AFP rate* belum memenuhi target yaitu kurang dari 2/100.000 penduduk usia <15 tahun.

Berdasarkan beberapa permasalahan diatas, penemuan kasus AFP di Jawa Timur masih cenderung fluktuatif dalam lima tahun terakhir. Kinerja surveilans AFP di Jawa Timur perlu dipertahankan dan ditingkatkan, sehingga permasalahan

yang terjadi pada program surveilans AFP dapat dikaji dan menemukan alternative solusi dalam kegiatan magang 2020.

1.2 Tujuan Kegiatan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan kegiatan surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan struktur organisasi dan prosedur kerja di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam pelaksanaan Surveilans AFP.
2. Mendeskripsikan program Surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
3. Mempelajari sistem pencatatan dan pelaporan surveilans AFP mulai dari proses pengumpulan, pengolahan, analisis data dan diseminasi data.
4. Mengidentifikasi permasalahan dalam pelaksanaan kegiatan surveilans AFP, membuat prioritas masalah yang terjadi, dan memberikan alternatif pemecahan masalah.
5. Mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan oleh seksi surveilans dan imunisasi, serta menerapkan konsep epidemiologi.

1.3 Manfaat Kegiatan

1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa

Menambah pengetahuan serta pemahaman mengenai kegiatan surveilans AFP di Provinsi Jawa Timur dan dapat menerapkan serta mengaplikasikan ilmu yang telah didapat selama proses perkuliahan.

1.3.2 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Memperoleh informasi mengenai gambaran pelaksanaan sistem surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang dapat digunakan sebagai studi literasi untuk pembelajaran epidemiologi.

1.3.3 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Memperoleh masukan mengenai alternatif pemecahan permasalahan yang berkaitan dengan pelaksanaan surveilans AFP.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Polio

2.1.1 Definisi Polio

Poliomielitis adalah penyakit menular yang ditandai dengan kelumpuhan akibat kerusakan motor neuron di kornu anterior sumsum tulang belakang; disebabkan oleh tiga serotipe virus polio yaitu serotipe 1 (brunhilde), serotipe 2 (lansig) dan serotipe 3 (leon). Poliomieltitis ditularkan secara fekal-oral atau oral-oral (Gunardi, 2017).

Penyakit ini dapat melumpuhkan otot untuk bernapas dan menelan, dan mengakibatkan kematian. Antara dua sampai lima persen dari penderita polio meninggal karena penyakit ini dan kira-kira separuh dari semua pasien yang hidup menderita kelumpuhan tetap (Victoria, 2016).

2.1.2 Penyebab Polio

Penyakit polio disebabkan oleh virus polio yang dapat menular melalui kontak dengan tinja penderita. Untuk membuktikan apakah kelumpuhan disebabkan oleh polio atau bukan dilakukan pemeriksaan tinja penderita di laboratorium polio nasional yang telah ditentukan. Namun apabila spesimen tinja penderita tidak bisa diambil atau tidak adekuat, maka perlu dilakukan pemeriksaan klinis apakah masih terdapat sisa kelumpuhan setelah 60 hari kelumpuhan. Namun apabila seseorang telah memperoleh imunisasi polio, ia akan memiliki kekebalan terhadap serangan virus tersebut. Maka dari itu ketika ditemukan penderita AFP yang harus dilakukan adalah pelacakan kasus dan pengambilan spesimen tinja, yang selanjutnya akan diperiksa secara laboratorium (Wijiati, 2009).

Polio disebabkan oleh virus polio yang berasal dari genus *Enterovirus* dan family *Picornaviridae*. Wilson (2001) menyatakan bahwa penyakit polio (Poliomyelitis) tersebut dinilai berbahaya karena dapat menyebabkan komplikasi, kerusakan otak yang menyebabkan kelumpuhan pada organ dalam, kelumpuhan

pada kaki, otot-otot dan bahkan kematian (polio bulbar) (Narso, Suyitno, & Artikel, 2013).

2.1.3 Gejala Klinis Polio

Virus polio ditularkan lewat jalur fekal-oral. Virus dapat diisolasi dari sistem limfatik saluran cerna manusia, termasuk tonsil, Peyer's patch, dan kelenjar getah bening usus, juga dalam feses. Berdasarkan manifestasi klinis spesifik, poliomielitis parolitik tanpa gejala sensoris dan gangguan fungsi kognitif. Secara klinis, polio diklasifikasikan sebagai berikut (Satari et al., 2017),

- a. Poliomielitis spinal, ditandai dengan acute flaccid paralysis (AFP) atau lumpuh layu akut, sekunder akibat destruksi selektif dari motor neuron pada medula spinalis dan sekuens denervasi dari struktur muskuloskeletal yang terlibat
- b. Poliomielitis bulbar, terdapat paralisis otot pernafasan akibat serangan virus pada neuron di batang otak yang mengontrol pernafasan
- c. Poliomielitis bulbo-spinalis akibat kerusakan batang otak dan medula spinalis.

Manifestasi klinis paparan virus polio pada manusia ada 4 bentuk (FK Unair, 2017) yaitu:

1. Inapparent infection tanpa gejala klinik yang banyak terjadi (72%),
2. Minor Illness (abortif Poliomielitis) dengan gejala panas yang tidak terlalu tinggi, perasaan lemas, tidak ada nafsu makan dan sakit pada tenggorokan, gangguan gastrointestinal, dan nyeri kepala ringan. Pemeriksaan fisik dalam batas normal, pemeriksaan CSS normal dan sembuh dalam waktu 24-72 jam.
3. Non parolitik Poliomielitis (meningitis aseptik), ditandai dengan adanya demam tinggi 39,5 °C, sakit kepala, nyeri pada otot, hiperestesi dan parestesi, tidak ada nafsu makan, mual, muantah, konstipasi atau diare dapat timbul. Pada pemeriksaan fisik didapatkan kaku kuduk, brudzinki dan kernig positif, perubahan refleks permukaan dan refleks dalam dimana refkes tersebut mulai menurun. Hasil lumbal pungsi didapatkan adanya kenaikan sel, pada permulaan PMN (polimorfonuklear)

kemudian berubah menjadi mononuklear, protein normal atau sedikit meningkat dan kadar glukosa normal.

4. Paralitik Poliomielitis, dimulai dengan gejala seperti non paralytik Poliomielitis ditambah dengan diketemukannya kelumpuhan pada satu atau dua ekstremitas dan hilangnya refleks superfisial atau refleks tendon dalam (tipe spinal). Pada major illness, gejala klinis dimulai dengan demam, kelemahan yang terjadi dalam beberapa jam, nyeri kepala dan muntah. Dalam waktu 24 jam terlihat kekakuan pada leher dan punggung. Penderita terlihat mengantuk, iritabel, dan kecemasan. Onset terjadinya paralisis tiba tiba dan berlangsung dalam beberapa jam dapat melibatkan lebih dari satu ekstremitas. Manifestasi klinis paralisis terbagi dua yaitu spinal dan bulbar. Pada poliomielitis spinal, kelemahan bagian proksimal lebih berat dari distal, lebih sering mengenai fleksor, asimetris dan pada kasus yang ringan hanya mengenai beberapa motor unit. Paralisis ekstremitas bawah lebih sering dari pada ekstremitas atas dan otot tubuh paling jarang terkena. Otot mengalami kelumpuhan flaksid, refleks tendon menghilang, dan atrofi terjadi 5-7 hari setelah lumpuh. Derajat kerusakan medula spinalis dapat dibedakan dari gejala klinis. Gejala klinis poliomielitis bulbar berupa gangguan menelan dan fonasi, paralisis otot fasialis unilateral atau bilateral, dan terkadang kelumpuhan otot lidah. Bentuk yang paling berat adalah polioensefalitis. Kasus kelumpuhan tipe ensefalitis (jarang) ditemukan adanya disorientasi, iritabel, mengantuk dan ditemukan kelumpuhan tipe perifer dan syaraf kranialis yang terjadi bersamaan.

2.1.4 Cara Penularan Polio

Penularan penyakit polio dapat terjadi secara langsung dan tidak langsung. Penularan langsung melalui droplet, *orofaring*, dan feses dari penderita yang menyebar melalui tangan yang terkontaminasi pada peralatan makanan dan minuman. Penularan secara tidak langsung terjadi melalui sumber air yang telah tercemari virus polio disebabkan oleh sanitasi lingkungan yang buruk. Peralatan dan barang-barang yang tercemar oleh virus polio dapat berperan sebagai media

penularan. Kontaminasi virus melalui makanan dan sumber air yang dipakai secara bersama dalam suatu komunitas untuk keperluan sanitasi dan makan minum dapat menimbulkan potensi terjadinya wabah (Surya, 2007).

2.1.5 Imunisasi Polio

Sejak pengenalan vaksin poliovirus di tahun 1950 dan awal tahun 1960an, efektivitas vaksin untuk mencegah poliomielitis telah dibuktikan secara nyata (Satari et al., 2017).

Jenis vaksin polio ;

1. *Oral poliovirus vaccine (OPV).*

OPV sering disebut sebagai vaksin polio Sabin sesuai nama penemunya, bentuk trivalen (tOPV) untuk mencegah tiga jenis virus polio. Vaksin tOPV adalah vaksin hidup yang dilemahkan (live- attenuated virus vaccine), diberikan tiga dosis secara serial untuk memberikan kekebalan seumur hidup.

2. *Inactivated poliovirus vaccine (IPV).*

Vaksin IPV berisi virus inaktif, berisi 3 tipe virus polio liar. Vaksin yang disuntikkan akan memunculkan imunitas yang dimediasi IgG dan mencegah terjadinya viremia serta melindungi motor neuron. Vaksin IPV mampu mencegah kelumpuhan karena menghasilkan antibodi netralisasi yang tinggi.

Pemberian vaksin polio secara besar-besaran sejak tahun 1988 dengan tujuan eradikasi polio dapat tercapai di sebagian besar negara-negara dunia, dibuat strategi menuju eradikasi polio di dunia yaitu (Satari et al., 2017);

- Pemberian tOPV beralih ke bOPV yang dilakukan serentak di seluruh dunia pada bulan April 2016.
- Mengenalkan setidaknya 1 dosis IPV pada imunisasi rutin sebagai “priming”. Maka jika terjadi KLB polio karena cVDPV type2, akan langsung terjadi booster (penguat).

Untuk Indonesia, IPV disarankan diberikan bersamaan dengan pemberian OPV yang terakhir.

- Memberhentikan penggunaan OPV dan melanjutkan dengan IPV saat infeksi virus polio liar sudah tidak ada di dunia.
- Melakukan penelitian untuk memproduksi IPV dengan harga murah dan terjangkau.

2.2 Kasus AFP (*Acute Flaccid Paralysis*)

2.2.1 Definisi Kasus AFP

AFP adalah gejala kelumpuhan pada anak yang berumur < 15 tahun yang bersifat layuh/flaccid dan terjadi secara mendadak (akut) bukan karena rudapaksa / trauma / kecelakaan. Untuk membuktikan bahwa virus polio liar sudah tidak ada lagi di Indonesia, maka harus ditemukan gejala gejala yang menyerupai penyakit polio. Dan gejala tersebut dijumpai pada penderita AFP. Diagnosa penyakit yang dapat digolongkan ke dalam kasus AFP antara lain : Poliomyelitis, polioencephalitis, GBS (Guillan Barre's Syndrome), Paraplegia, transverse myelitis, dll. Sehingga dapat dibedakan dengan jelas bahwa kasus AFP bukanlah kasus polio, melainkan gejala yang timbul menyerupai kasus polio. Sebagian besar kasus poliomyelitis bersifat nonparalitik atau tidak disertai manifestasi klinis yang jelas (Wijiati, 2009).

2.2.2 Diagnosis yang Digolongkan Kasus AFP

Kelumpuhan pada penderita AFP dapat disertai dengan gejala penyakit lain, seperti kejang, demam, diare, ataupun tanpa penyakit penyerta. Bersifat tidak permanent, jadi akan menghilang seiring dengan hilangnya penyakit penyerta. Jika masih ada sisa kelumpuhan setelah penyakit penyerta hilang, maka biasanya diambil langkah fisioterapi untuk pemulihan syaraf-syaraf yang mengalami kelumpuhan (Wijiati, 2009).

2.2.3 Dagnosis Kasus AFP yang Dilaporkan dalam Sistem Surveilans

Diagnosis Kasus AFP yang dapat dilaporkan dalam surveilans AFP antara lain:

Tabel 2.1 Diagnosis Tergolong Kasus AFP dalam Sistem Surveilans

| No. | Diagnosis | No. | Diagnosis |
|-----|--------------------------------|-----|----------------------------|
| 1. | AFP | 21. | Myelitis |
| 2. | Anemia Aplastic dengan AFP | 22. | Myelopathy |
| 3. | Arthritis | 23. | Myositis |
| 4. | Brain Tumor | 24. | Neuralgia |
| 5. | Bronchopneumonia dengan AFP | 25. | Neuritis |
| 6. | Cerebral Palsy | 26. | Neuroblastoma |
| 7. | Diarhea dengan AFP | 27. | Neuropathy |
| 8. | Duchene Muscular Dystrophy | 28. | Paralysis |
| 9. | Encephalitis dengan AFP | 29. | Paraparesis |
| 10. | Febris dengan AFP | 30. | Paresis N VII |
| 11. | Hemiparesis | 31. | Poliomyelitis |
| 12. | Hypokalemia | 32. | Polyneuropathy |
| 13. | Leukemia | 33. | Radiculitis |
| 14. | Malaria dengan AFP | 34. | Rheumatic Fever |
| 15. | Malnutrition | 35. | S.L.E |
| 16. | Meningitis dengan AFP | 36. | Spinal Muscular Atrophy |
| 17. | Meningoencephalitis dengan AFP | 37. | Spondilitis TB |
| 18. | Mononeuritis | 38. | Tetraparesis |
| 19. | Monoparesis | 39. | Viral Infection dengan AFP |
| 20. | Myalgia | | |

2.2.4 Interpretasi Hasil Laboratorium

Berdasarkan kemampuan tenaga ahli dan fasilitas peralatan yang tersedia, maka pelayanan laboratorium dalam melakukan pemeriksaan virus polio dibedakan menjadi 3 tingkat yaitu (Wahyuhono & Herawati, 2012):

- a. Laboratorium Nasional.
- b. Laboratorium Rujukan Regional.
- c. Laboratorium Khusus (laboratorium spesifik)

Pemeriksaan identifikasi virus polio membutuhkan waktu maksimal 14 hari sejak spesimen tiba di laboratorium, bila hasil positif maka dilanjutkan dengan pemeriksaan *Intratypic Differentiation* (ITD) yang memerlukan waktu maksimal 14 hari. Beberapa interpretasi hasil uji laboratorium sebagai berikut:

1. Negatif

Apabila spesimen adekuat maka termasuk bukan kasus polio. Apabila spesimen tidak adekuat maka belum tentu bukan polio, sehingga hasil laboratorium tidak bisa dipakai untuk menentukan klasifikasi akhir. Kasus ini masih perlu dilakukan follow-up 60 hari, apabila masih ada residual paralysis maka harus dilakukan konfirmasi oleh Ahli.

2. VPV (Virus Polio Vaksin) atau SL (Sabin Like)

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa tinja penderita ditemukan virus polio vaksin (VPV), hasil ini tidak secara otomatis menentukan bahwa kelumpuhan disebabkan oleh vaksin polio. Kasus ini masih perlu dilakukan follow-up 60 hari, bila masih ada residual paralysis maka harus dilakukan klasifikasi akhir oleh Pokja Ahli SAFF.

3. VPL (Virus Polio Liar) atau NSL (Non Sabin Like)

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa kasus tersebut adalah pasti kasus polio (*confirmed polio*) yang disebabkan virus polio liar.

4. VDPV

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa kasus tersebut adalah pasti kasus polio (*confirmed polio*) yang disebabkan virus polio vaksin yang telah bermutasi (*Vaccine Derived Polio Virus*).

5. P1, P2, P3, atau mix

Merupakan tipe dari virus polio yang diisolasi baik vaksin, virus polio liar maupun VDVP.

6. NPEV (Non Polio Enterovirus)

Hasil pemeriksaan menunjukkan telah ditemukan non polio enterovirus pada tinja penderita yang dapat ditemukan juga pada orang normal. Ditemukan NPEV menunjukkan kondisi tinja layak untuk hidup virus yang menandakan spesimen dikelola dengan baik.

2.1 Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*)

2.3.1 Definisi Surveilans AFP

Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) adalah pengamatan yang dilakukan terhadap kasus lumpuh layuh akut (AFP) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio, dalam upaya untuk menemukan adanya transmisi virus polio liar. Sejak tahun 2004 sesuai dengan anjuran WHO, penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) dapat diintegrasikan kedalam sistem surveilans AFP. Surveilans AFP merupakan pengamatan yang difokuskan pada kasus poliomyelitis yang mudah diidentifikasi, yaitu poliomyelitis paralitik. Ditemukannya kasus poliomyelitis paralitik di suatu wilayah menunjukkan adanya penyebaran virus-polio liar di wilayah tersebut (Kepmenkes RI, 2007).

2.3.2 Tujuan Surveilans AFP

Adapun tujuan umum dan tujuan khusus surveilans AFP adalah (Kepmenkes RI, 2007)

Tujuan umum surveilans AFP :

1. Mengidentifikasi daerah risiko tinggi, untuk mendapatkan informasi tentang adanya transmisi VPL, VDPV, dan daerah dengan kinerja surveilans AFP yang tidak memenuhi standar/indikator.
2. Memantau kemajuan program eradikasi polio. Surveilans AFP memberikan informasi dan rekomendasi kepada para pengambil keputusan dalam rangka keberhasilan program ERAPO.
3. Membuktikan Indonesia bebas polio. Untuk menyatakan bahwa Indonesia bebas polio, harus dapat dibuktikan bahwa:

- Tidak ada lagi penyebaran virus-polio liar maupun Vaccine Derived Polio Virus (cVDPV) di Indonesia.
- Sistem surveilans terhadap polio mampu mendeteksi setiap kasus polio paralitik yang mungkin terjadi.

Tujuan Khusus surveilans AFP adalah :

1. Menemukan semua kasus AFP yang ada di suatu wilayah.
2. Melacak semua kasus AFP yang ditemukan di suatu wilayah.
3. Mengumpulkan dua spesimen semua kasus AFP sesegera mungkin setelah kelumpuhan.
4. Memeriksa spesimen tinja semua kasus AFP yang ditemukan di Laboratorium Polio Nasional.
5. Memeriksa spesimen kontak terhadap Hot Case untuk mengetahui adanya sirkulasi VPL.

2.3.3 Indikator Kinerja Surveilans AFP

Surveilans AFP memiliki beberapa indikator kinerja pada periode tahun berjalan. Indikator kinerja surveilans AFP bermanfaat untuk mengukur pencapaian kegiatan yang telah dilakukan ditingkat pusat, propinsi dan kabupaten, sebagai berikut:

1. AFP *rate* pada penduduk usia < 15 tahun dengan target 2/100.000

Perhitungan AFP *rate* sebagai berikut:

$$AFP\ rate = \frac{Jumlah\ kasus\ AFP\ yang\ dilaporkan}{Jumlah\ penduduk\ usia\ < 15\ tahun} \times 100.000$$

2. Non Polio AFP *rate* pada penduduk usia < 15 tahun dengan target $\geq 2/100.000$

Perhitungan Non Polio AFP *rate* sebagai berikut:

Non PolioAFP rate

$$= \frac{Jumlah\ kasus\ AFP\ non\ polio\ yang\ dilaporkan}{Jumlah\ penduduk\ usia\ < 15\ tahun} \times 100.000$$

3. Kelengkapan laporan dengan target $\geq 90\ %$

Perhitungan kelengkapan laporan surveilans AFP sebagai berikut:

$$\% = \frac{Jumlah\ laporan\ mingguan\ yang\ diterima\ (kumulatif)}{Jumlah\ laporan\ mingguan\ seharusnya\ diterima\ (kumulatif)} \times 100$$

4. Ketepatan waktu laporan dengan target $\geq 80\%$

Perhitungan ketepatan waktu laporan surveilans AFP sebagai berikut:

$$\% = \frac{\text{Jumlah laporan mingguan diterima tepat waktu (kumulatif)}}{\text{Jumlah laporan mingguan seharusnya diterima (kumulatif)}} \times 100$$

5. Spesimen adekuat dengan target 80%

Spesimen adekuat adalah pengambilan spesimen tinja 2 kali dengan interval waktu minimal 24 jam yang dilakukan saat tidak lebih dari 14 hari pertama kelumpuhan, masing-masing spesimen minimal 8 gram atau 1 sendok makan bagi penderita diare, dan spesimen tersebut diterima di laboratorium dalam kondisi baik (tidak bocor, volume cukup, suhu spesimen karier 2-8°C, dan tidak rusak), perhitungan sebagai berikut:

$$\% = \frac{\text{Jumlah kasus AFP dilacak dengan spesimen adekuat}}{\text{Jumlah kasus AFP dilacak}} \times 100$$

6. Kunjungan ulang 60 (KU 60 hari) dengan target 80%

KU 60 hari merupakan kunjungan ulang 60 hari sejak kelumpuhan terhadap kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat atau virus polio vaksin positif, perhitungan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat} + \text{virus polio vaksin positif yang dikunjungi 60 hari setelah kelumpuhan}}{\text{Jumlah kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat} + \text{virus polio vaksin positif}} \times 100$$

7. Spesimen yang dikirim ke laboratorium dan tiba di laboratorium ≤ 3 hari sejak pengiriman dengan target $\geq 80\%$

Perhitungan sebagai berikut:

$$\% = \frac{\text{Jumlah spesimen dikirim yang diterima laboratorium} \leq 3 \text{ hari sejak pengiriman spesimen}}{\text{Jumlah spesimen yang dikirim ke laboratorium}} \times 100$$

8. Spesimen yang dikirim ke laboratorium dan tiba di laboratorium dalam kondisi memenuhi syarat dengan target $\geq 80\%$

Perhitungan sebagai berikut:

$$\% = \frac{\text{Jumlah spesimen diterima laboratorium dalam kondisi memenuhi syarat}}{\text{Jumlah spesimen yang diterima}} \times 100$$

9. Hasil pemeriksaan spesimen diterima dari laboratorium dalam waktu \leq 14 hari dengan target ≥ 80 %

Perhitungan sebagai berikut:

$$\% = \frac{\text{Jumlah hasil pemeriksaan spesimen yang diterima dari laboratorium dalam waktu } \leq 14 \text{ hari}}{\text{Jumlah spesimen yang diterima}} \times 100$$

2.3.4 Kegiatan Surveilans AFP

1. Penemuan kasus

Surveilans AFP harus dapat menemukan semua kasus AFP dalam satu wilayah yang diperkirakan minimal 2 kasus AFP diantara 100.000 penduduk usia <15 tahun per tahun (Non Polio AFP rate minimal 2/100.000 per tahun). Penemuan kasus AFP dapat dilakukan melalui sistem surveilans aktif rumah sakit dan sistem surveilans masyarakat.

a. Sistem surveilans aktif rumah sakit (*hospital based surveillance/HBS*)

Surveilans Aktif RS bertujuan untuk menemukan kasus AFP yang berobat ke rumah sakit. Surveilans AFP Aktif RS merupakan salah satu prioritas dengan asumsi bahwa sebagian besar kasus dengan kelumpuhan akan berobat ke rumah sakit sehingga dapat menemukan kasus AFP yang berobat ke rumah sakit. Surveilans AFP di RS dilakukan secara aktif oleh petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan petugas surveilans rumah sakit/*contact person* RS, yang diintegrasikan dengan surveilans PD3I, dan penyakit lain yang penting untuk diamati di suatu wilayah.

Pengamatan/pengumpulan data dilakukan oleh petugas kabupaten/kota setiap minggu dan *contact person/* petugas surveilans RS setiap hari. Keterbatasan jumlah tenaga dan lokasi

rumah sakit jauh dari kabupaten/kota, maka pelaksanaannya dapat dilaksanakan oleh petugas puskesmas terdekat maupun petugas rumah sakit dan perlu ditetapkan dengan SK oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Adapun persiapan yang dilakukan dalam pelaksanaan surveilans aktif RS adalah mengidentifikasi RS, melakukan pendekatan, hingga melakukan sosialisasi surveilans AFP kepada semua petugas RS. Pelaksanaan surveilans aktif rumah sakit oleh petugas surveilans kabupaten/kota melakukan pengumpulan data di RS dilakukan secara aktif, bukan menunggu laporan dan setiap bulan mengkompilasi data kasus AFP, Campak, dan TN yang ditemukan di RS.

b. Sistem surveilans masyarakat (*community based surveillance/CBS*)

Surveilans AFP di masyarakat populasi yang diamati adalah anak-anak berusia < 15 tahun di masyarakat. Umumnya kasus AFP dibawa ke RS untuk mendapatkan perawatan, namun masih terdapat kasus AFP yang tidak dibawa berobat ke RS dengan berbagai alasan. Kasus-kasus semacam ini diharapkan bisa ditemukan melalui sistem ini. Kegiatan surveilans AFP di masyarakat dapat juga memanfaatkan kegiatan Desa Siaga.

Sistem surveilans masyarakat diharapkan dapat menemukan kasus AFP dan menyebarluaskan informasi di masyarakat dan pelayanan kesehatan dengan melibatkan peran masyarakat. Masyarakat awam sulit membedakan antara AFP dengan kelumpuhan lainnya, maka diharapkan masyarakat tetap melaporkan semua anak berusia dibawah 15 tahun yang mengalami kelumpuhan apapun penyebabnya ke puskesmas terdekat.

2. Pelacakan kasus AFP

Penemuan satu kasus AFP di suatu wilayah dianggap sebagai KLB (Kejadian Luar Biasa), maka setiap kasus AFP yang ditemukan harus

segera dilacak dan dilaporkan ke unit pelaporan yang lebih tinggi selambat-lambanya 24 jam setelah laporan diterima. Tim pelacak AFP terdiri dari petugas surveilans yang sudah terlatih dari kabupaten/kota, koordinator surveilans puskesmas/dokter puskesmas/RS, dan atau petugas surveilans propinsi..

Dalam pelacakan kasus AFP akan segera dilacak, jika kasus tersebut merupakan rudapaksa maka bukan termasuk kasus AFP. Kasus AFP yang bukan merupakan rudapaksa dan lumpuh >2 bulan maka dilakukan pengisian FP1 dan membuat *resume* medik. Kasus AFP dengan kelumpuhan <2 bulan maka dilakukan pengisian FP1 dan pengambilan spesimen untuk dikirim ke laboratorium, karena kelumpuhan yang terjadi setelah >2 bulan maka virus polio kecil kemungkinan ditemukan dalam tinja (5-10%) sehingga kasus AFP tersebut tidak perlu dilakukan pengambilan spesimen tinja.

3. Pengumpulan spesimen kasus AFP

Spesimen yang diperlukan pada penderita kasus AFP adalah spesimen tinja, namun tidak semua kasus AFP yang dilacak harus dikumpulkan spesimen tinjanya. Pengumpulan spesimen tinja tergantung dari lamanya kelumpuhan kasus AFP dengan kriteria sebagai berikut:

- Kelumpuhan yang terjadi <2 bulan pada saat ditemukan, maka dilakukan pengisian formulir FP1 dan mengumpulkan 2 spesimen tinja penderita AFP dengan tenggang waktu pengumpulan antara spesimen pertama dan kedua minimal 24 jam. Pengumpulan 2 spesimen tinja diupayakan dalam kurun waktu 14 hari pertama setelah kelumpuhan, karena waktu tersebut kemungkinan terbesar ditemukan virus polio dalam tinja sebesar 63-96%.
- Kelumpuhan yang terjadi >2 bulan pada saat ditemukan, maka dilakukan pengisian formulir FP1 dan KU 60 hari, membuat *resume* medik, dan tidak memerlukan pengumpulan spesimen tinja penderita AFP.

2.3.5 Tatalaksana Kasus AFP

Pemeriksaan kasus AFP membutuhkan keterampilan memadai untuk menentukan lokasi, sifat, waktu kelumpuhan, dan status imunisasi polio. Jika terdapat kesulitan dalam menentukan lokasi, sifat, dan waktu kelumpuhan maka diperlukan peran dokter ahli termasuk dalam menentukan diagnosis klinis.

Tatalaksana kasus AFP merupakan pemeriksaan kasus dan pengisian format pelacakan (FP1), pengambilan spesimen tinja, pemeriksaan laboratorium, dan apabila diindikasikan maka melakukan pemeriksaan residual paralisis. Hasil pemeriksaan kasus dicatat dalam format FP1. Semua kasus AFP dengan kelumpuhan <2 bulan dilakukan pengambilan spesimen tinja 2 kali dengan interval waktu minimal 24 jam. Pengambilan spesimen tinja pertama dan kedua dilakukan dalam 14 hari pertama kelumpuhan dan spesimen diterima di laboratorium dalam kondisi baik maka disebut spesimen adekuat. Kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat atau hasil laboratorium positif virus polio vaksin (*sabin like*), maka dilakukan pemeriksaan ulang 60 hari setelah kelumpuhan untuk memastikan ada/tidaknya residual paralysis. Kasus AFP yang tidak bisa diklasifikasikan secara laboratoris dan atau masih terdapat sisa kelumpuhan pada kunjungan ulang 60 hari, maka klasifikasi final dilakukan oleh Kelompok Kerja Ahli Surveilans AFP Propinsi/Nasional (Kepmenkes RI, 2007).

2.2 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, yang dimaksud dengan *Urgency, Seriousness, Growth* (USG) adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Caranya dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu dengan menentukan skala nilai 1 – 5 atau 1 – 10. Isu yang memiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas. Untuk lebih jelasnya, dapat diuraikan sebagai berikut:

1. *Urgency*:

Seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia dan seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi. *Urgency* dilihat

dari tersedianya waktu, mendesak atau tidak masalah tersebut diselesaikan.

2. *Seriousness:*

Seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila dibandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri. *Seriousness* dilihat dari dampak masalah tersebut terhadap produktifitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, dan membahayakan sistem atau tidak.

3. *Growth:*

Seberapa kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan.

Data atau informasi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan metode USG, yakni sebagai berikut:

- (1) Hasil analisa situasi
- (2) Informasi tentang sumber daya yang dimiliki
- (3) Dokumen tentang perundang-undangan, peraturan, serta kebijakan pemerintah yang berlaku

Tabel 2.2 Contoh matriks pemecahan masalah dengan metode USG

| NO | MASALAH | U | S | G | TOTAL |
|----|-----------|---|---|---|-------|
| 1 | Masalah A | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 2 | Masalah B | 3 | 4 | 4 | 12 |
| 3 | Masalah C | 4 | 5 | 5 | 13 |

Keterangan: berdasarkan skala likert 1-5 (5=sangat besar, 4=besar, 3=sedang, 2=kecil, 1=sangat kecil). Atas dasar contoh tersebut maka isu yang merupakan prioritas adalah Isu C.

2.3 Analisis Penyebab Masalah dengan Metode *Problem Tree*

Pohon masalah (*problem tree*) merupakan sebuah pendekatan/ metode yang digunakan untuk identifikasi penyebab suatu masalah. Analisis pohon masalah dilakukan dengan membentuk pola pikir yang lebih terstruktur mengenai komponen sebab akibat yang berkaitan dengan masalah yang telah diprioritaskan. Metode ini dapat diterapkan apabila sudah dilakukan identifikasi dan penentuan prioritas masalah.

Pohon masalah memiliki tiga bagian, yakni batang, akar, dan cabang. Batang pohon menggambarkan masalah utama, akar merupakan penyebab masalah inti, sedangkan cabang pohon mewakili dampak. Penggunaan pohon masalah ini berkaitan dengan perencanaan proyek. Hal ini terjadi karena komponen sebab akibat dalam pohon masalah akan mempengaruhi desain intervensi yang mungkin dilakukan Metaplan.

Pembuatan pohon masalah memiliki tujuan yakni:

1. Membantu tim kerja organisasi melakukan analisis secara rinci dalam mengeksplorasi penyebab munculnya permasalahan utama yang telah ditetapkan sebelumnya. Eksplorasi penyebab masalah dapat dilakukan dengan menggunakan metode five whys yakni metode menggali penyebab persoalan dengan cara bertanya “mengapa” sampai lima level atau tingkat.
2. Membantu tim kerja organisasi menganalisis pengaruh persoalan utama terhadap kinerja/hasil/dampak bagi organisasi atau stakeholder lainnya.
3. Membantu kelompok/tim kerja organisasi mengilustrasikan hubungan antara masalah utama, penyebab masalah, dan dampak dari masalah utama dalam suatu gambar atau grafik.
4. Membantu kelompok/tim kerja organisasi mencari solusi atas persoalan utama dengan melihat komponen sebab akibat dari suatu permasalahan.

Kelebihan Pohon Masalah:

1. Membantu kelompok/tim kerja organisasi untuk merumuskan persoalan utama atau masalah prioritas organisasi.

2. Membantu kelompok/tim kerja organisasi menganalisis secara rinci dalam mengeksplorasi penyebab munculnya persoalan dengan menggunakan metode five whys. Metode five whys adalah suatu metode menggali penyebab persoalan dengan cara bertanya “mengapa” sampai lima level atau tingkat.
3. Membantu kelompok/tim kerja organisasi menganalisis pengaruh persoalan utama terhadap kinerja/hasil/dampak bagi organisasi atau stakeholder lainnya.
4. Membantu kelompok/tim kerja organisasi mengilustrasikan hubungan antara masalah utama, penyebab masalah, dan dampak dari masalah utama dalam suatu gambar atau grafik.
5. Membantu kelompok/tim kerja organisasi mencari solusi atas persoalan utama yang ada.

Kekurangan Pohon Masalah:

1. Membutuhkan waktu yang lama. Jika masalah yang terjadi semakin kompleks akan lebih sulit dan lama dalam menentukan penyebab utama masalah.
2. Dapat terjadi overlap terutama ketika kriteria yang digunakan jumlahnya sangat banyak. Hal tersebut juga dapat menyebabkan waktu pengambilan keputusan menjadi lebih lama.
3. Hasil kualitas keputusan yang didapatkan dari metode pohon masalah sangat bergantung pada bagaimana pohon tersebut didesain. Sehingga jika pohon masalah yang dibuat kurang optimal, maka akan berpengaruh pada kualitas dari keputusan yang didapat.
4. Setiap kriteria pengambilan keputusan dapat menghasilkan hasil keputusan yang berbeda. Sehingga perlu kecermatan untuk menyesuaikan dengan kondisi dan keadaan dalam menentukan penyebab utama masalah.
5. Pengakumulasian jumlah eror dari setiap tingkat dalam sebuah pohon keputusan yang besar.

BAB III**METODE KEGIATAN MAGANG****3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang****3.1.1 Lokasi Magang**

Lokasi magang di kantor Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang terletak di Jalan Ahmad Yani No. 118 Kota Surabaya. Pelaksanaan magang di bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, khususnya di seksi Surveilans dan Imunisasi.

3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan mulai tanggal 2 Januari 2020 hingga 31 Januari 2020. Jadwal kegiatan magang dilakukan setiap hari sesuai dengan jam kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada umumnya yaitu pada hari Senin – Kamis pukul 07.00 – 15.30 WIB dan hari Jumat pukul 06.30 – 14.30 WIB. Berikut adalah jadwal magang Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur:

Tabel 3.1 *Timeline* Kegiatan Magang

| Kegiatan | Minggu ke- | | | | | |
|--|------------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Pelaksanaan magang | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Pengumpulan data dan informasi | | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| Pengolahan data, identifikasi masalah, penentuan prioritas masalah | | | ■ | ■ | | |
| Supervisi pembimbing | | | | ■ | | |
| Penentuan alternatif solusi masalah. | | | | ■ | | |
| Penyusunan laporan magang | | | | ■ | | |
| Seminar hasil laporan magang | | | | | ■ | |

| Kegiatan | Minggu ke- | | | | | |
|---------------------------------------|------------|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Revisi dan pengumpulan laporan magang | | | | | | |

3.2 Metode Pelaksanaan Magang

Metode pelaksanaan magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut:

1. Ceramah

Mendengarkan ceramah berupa penjelasan dari pembimbing dan pengelola program di setiap bidang surveilans dan imunisasi. Ceramah dilakukan dengan tatap muka secara langsung baik menggunakan media LCD dan alat peraga lainnya.

2. Diskusi dan tanya jawab

3. Peserta magang melakukan diskusi dengan koordinator magang instansi, pembimbing magang instansi, dan penanggung jawab program terkait surveilans dan imunisasi.

4. Partisipasi aktif

Partisipasi aktif berupa menjalankan tugas kerja baik di dalam instansi maupun ketika Dinas Luar (DL) terkait dengan program kesehatan surveilans dan imunisasi.

5. Wawancara

Wawancara yang dilakukan dengan petugas di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada seksi Surveilans dan Imunisasi. Wawancara dilakukan untuk mengetahui beberapa masalah yang ada di Surveilans AFP.

6. Studi dokumen

Studi dokumen yaitu mempelajari permasalahan kesehatan melalui dokumen hasil pencatatan dan pelaporan yang terdapat di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada seksi Surveilans dan Imunisasi.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem.

Data dalam laporan pelaksanaan magang meliputi:

1. Data primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan melakukan wawancara dan diskusi kepada pengelola surveilans AFP dan pengelola lainnya pada seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terkait pelaksanaan surveilans AFP.

2. Data sekunder

Data sekunder bersumber dari Profil Kesehatan Jawa Timur tahun 2017 dan laporan tahunan Surveilans AFP dari tahun 2015-2019. Data tersebut berupa data kinerja, list kasus AFP, bulan, sumber laporan, KU 60 hari, meninggal, pending, list diagnosis, dan sumber laporan pada surveilans AFP.

3.4 Output Kegiatan

Kegiatan magang yang dilakukan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mendapatkan beberapa output kegiatan sebagai berikut:

1. Laporan kegiatan dan saran untuk peningkatan pelaksanaan surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
2. Mahasiswa dapat mendeskripsikan gambaran pelaksanaan kegiatan surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
3. Mahasiswa dapat mendeskripsikan sistem pencatatan dan pelaporan surveilans AFP mulai dari proses pengumpulan, pengolahan, analisis data, dan diseminasi data.
4. Mahasiswa dapat melakukan identifikasi masalah dengan studi dokumen laporan kinerja surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
5. Mahasiswa dapat melakukan penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG pada pelaksanaan surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
6. Mahasiswa dapat melakukan penentuan akar penyebab masalah menggunakan metode *Problem tree* pada surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

7. Mahasiswa dapat melakukan penentuan alternatif solusi pada pelaksanaan surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.1.1 Visi

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai salah satu dari penyelenggara pembangunan kesehatan mempunyai visi “Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat”.

4.1.2 Misi

Misi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah sebagai berikut:

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan
2. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
3. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau
4. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan
5. Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan.

4.1.3 Tujuan

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mewujudkan misinya menetapkan tujuan sebagai berikut:

1. Untuk mewujudkan misi “Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Untuk mewujudkan misi “Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat”, maka ditetapkan tujuan: Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).

3. Untuk mewujudkan misi “Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau”, maka ditetapkan tujuan:
 - a. Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya.
 - b. Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat.
 - c. Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan.
 - d. Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan.
4. Untuk mewujudkan misi “Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Mencegah, menurunkan, dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya.
5. Untuk mewujudkan misi “Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar.

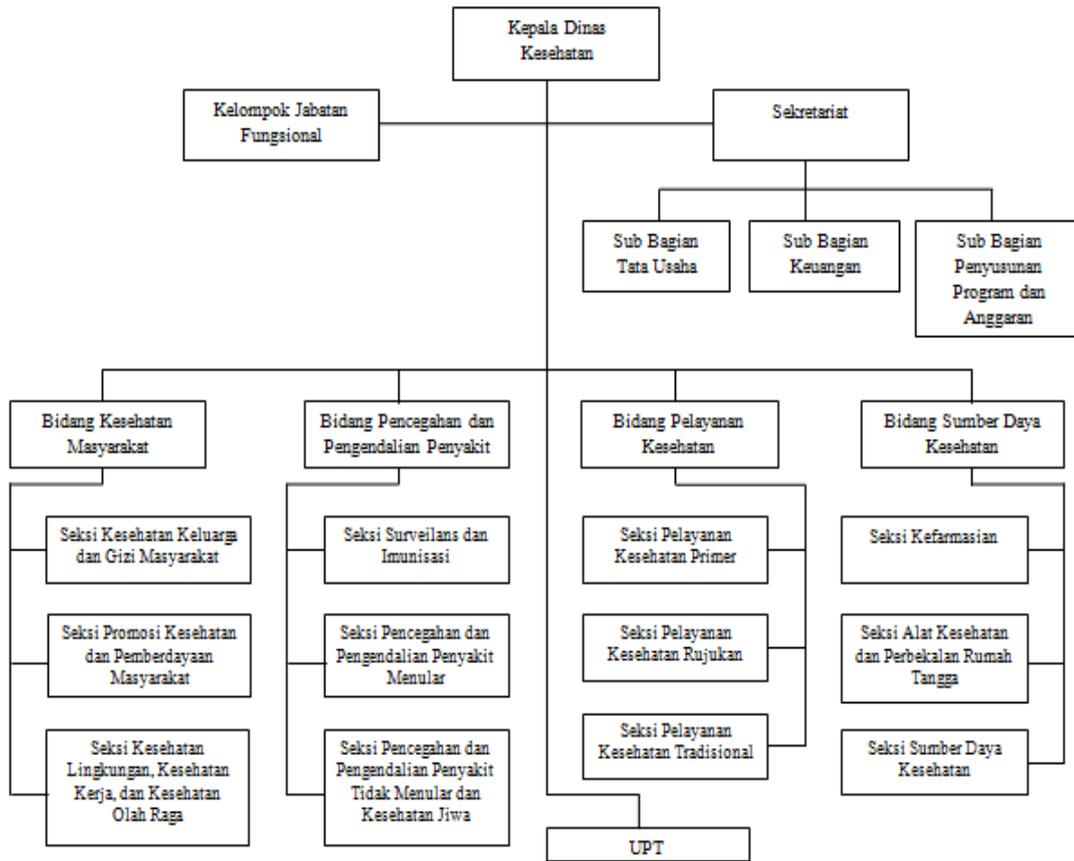
4.1.4 Kebijakan

Kebijakan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mewujudkan tujuan dan sasaran yang akan dicapai dirumuskan sebagai berikut:

1. Dalam rangka mewujudkan misi “Menggerakkan pembangunan berwawasa kesehatan”, maka ditetapkan kebijakan: Pemantapan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Dalam rangka mewujudkan misi “Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat”, maka ditetapkan kebijakan:

- a. Pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)
- b. Peningkatan lingkungan sehat
3. Dalam rangka mewujudkan misi “Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau”, maka ditetapkan kebijakan:
 - a. Percepatan penurunan kematian ibu dan anak
 - b. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan
 - c. Pemenuhan ketersediaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan dan makanan
 - d. Peningkatan pembiayaan kesehatan dan pengembangan kebijakan dan manajemen kesehatan
4. Dalam rangka mewujudkan misi “Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan”, maka ditetapkan kebijakan:
 - a. Penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada bayi, anak balita, ibu hamil dan menyusui
 - b. Peningkatan pencegahan, surveilans, deteksi dini penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit potensial KLB/wabah dan ancaman epidemic yang diikuti dengan pengobatan sesuai standar serta penanggulangan masalah kesehatan lainnya dan bencana
5. Dalam rangka mewujudkan misi “Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan”, maka ditetapkan kebijakan: Penyediaan tenaga kesehatan di rumah sakit, balai kesehatan, puskesmas dan jaringannya serta mendayagunakan tenaga kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan.

Struktur organisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut:



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

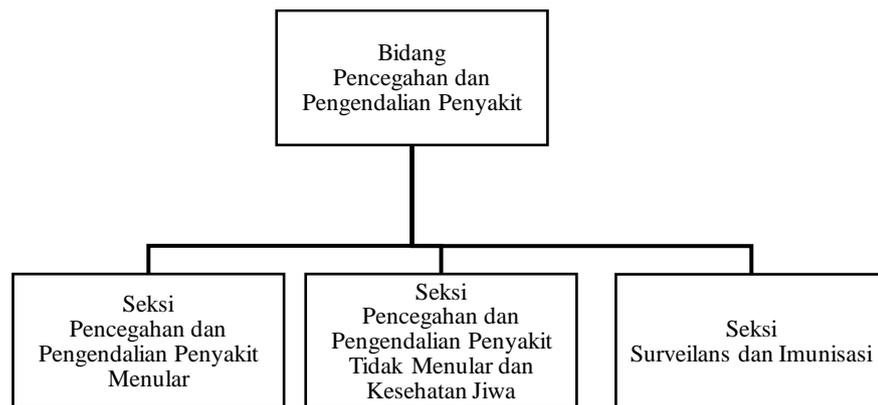
4.1.5 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Bidang pencegahan dan pengendalian penyakit mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, koordinasi serta evaluasi di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa. Bidang pencegahan dan pengendalian penyakit mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.

2. Pelaksanaan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.
3. Pelaksanaan koordinasi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.
4. Pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.
5. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.
6. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.

Struktur kerja di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah sebagai berikut:



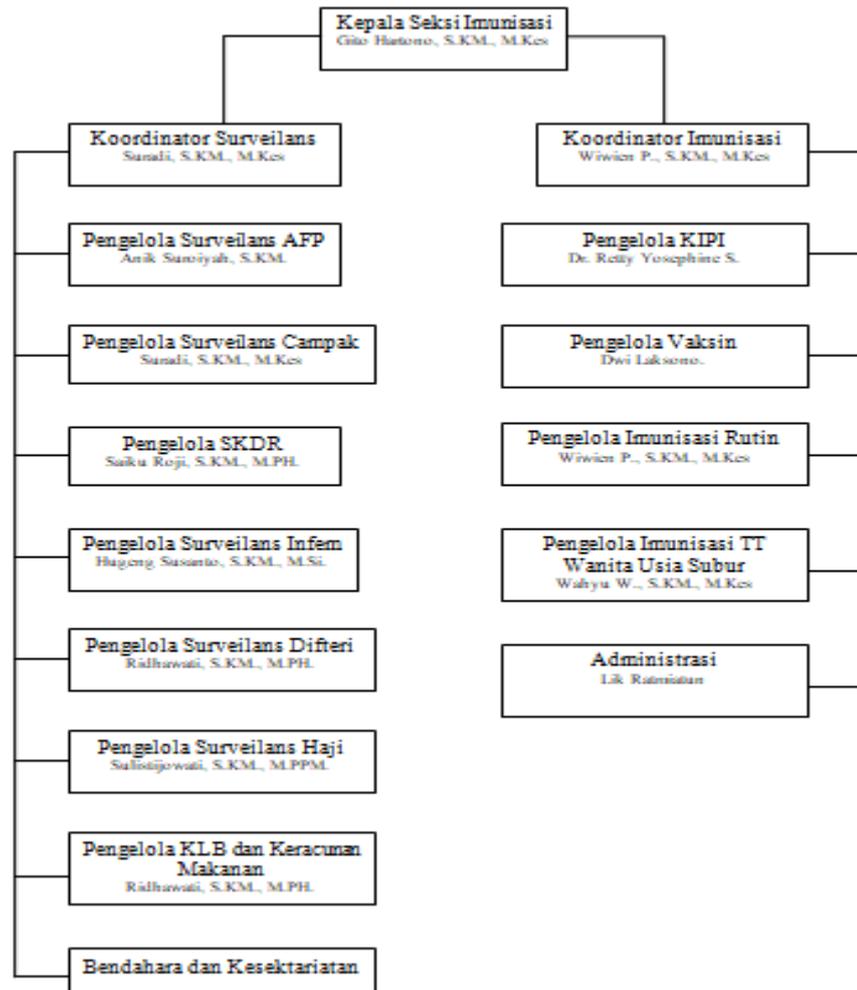
Gambar 4.2 Susunan Organisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

4.1.6 Seksi Surveilans dan Imunisasi

Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur memiliki beberapa tugas sebagai berikut:

1. Menyiapkan bahan penyusunan perencanaan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
2. Menyiapkan bahan rumusan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
3. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
4. Menyiapkan bahan rumusan pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
5. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan sosialisasi kebijakan, pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
6. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
7. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas sektor tentang program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
8. Menyiapkan bahan pelaksanaan pemantauan, evaluasi dan pelaporan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
9. Menyiapkan bahan pelaksanaan bimbingan dan pengendalian faktor resiko, pendayagunaan sumber daya dan fasilitasi pelayanan kesehatan haji
10. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut:



Gambar 4.3 Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

4.2 Gambaran Program Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*)

4.2.1 Tujuan Surveilans AFP

Adapun tujuan umum dan tujuan khusus surveilans AFP adalah (Kepmenkes RI,2007)

Tujuan umum surveilans AFP :

1. Mengidentifikasi daerah risiko tinggi, untuk mendapatkan informasi tentang adanya transmisi VPL, VDPV, dan daerah dengan kinerja surveilans AFP yang tidak memenuhi standar/indikator.

2. Memantau kemajuan program eradikasi polio. Surveilans AFP memberikan informasi dan rekomendasi kepada para pengambil keputusan dalam rangka keberhasilan program ERAPO.
3. Membuktikan Indonesia bebas polio. Untuk menyatakan bahwa Indonesia bebas polio, harus dapat dibuktikan bahwa:
 - Tidak ada lagi penyebaran virus-polio liar maupun Vaccine Derived Polio Virus (cVDPV) di Indonesia.
 - Sistem surveilans terhadap polio mampu mendeteksi setiap kasus polio paralitik yang mungkin terjadi.

Tujuan Khusus surveilans AFP adalah :

1. Menemukan semua kasus AFP yang ada di suatu wilayah.
2. Melacak semua kasus AFP yang ditemukan di suatu wilayah.
3. Mengumpulkan dua spesimen semua kasus AFP sesegera mungkin setelah kelumpuhan.
4. Memeriksa spesimen tinja semua kasus AFP yang ditemukan di Laboratorium Polio Nasional.
5. Memeriksa spesimen kontak terhadap Hot Case untuk mengetahui adanya sirkulasi VPL.

4.2.2 Indikator Kinerja Surveilans AFP

Surveilans AFP memiliki beberapa indikator kinerja pada periode tahun berjalan. Indikator kinerja surveilans AFP bermanfaat untuk mengukur pencapaian kegiatan yang telah dilakukan ditingkat pusat, propinsi dan kabupaten, sebagai berikut:

1. AFP *rate* pada penduduk usia < 15 tahun dengan target 2/100.000
2. Non Polio AFP *rate* pada penduduk usia < 15 tahun dengan target $\geq 2/100.000$
3. Kelengkapan laporan dengan target $\geq 90 \%$
4. Ketepatan waktu laporan dengan target $\geq 80 \%$
5. Spesimen adekuat dengan target 80%
6. Kunjungan ulang 60 (KU 60 hari) dengan target 80%
7. Spesimen yang dikirim ke laboratorium dan tiba di laboratorium ≤ 3 hari sejak

8. Spesimen yang dikirim ke laboratorium dan tiba di laboratorium dalam kondisi memenuhi syarat dengan target $\geq 80\%$
9. Hasil pemeriksaan spesimen diterima dari laboratorium dalam waktu ≤ 14 hari dengan target $\geq 80\%$

4.2.3 Kegiatan Surveilans AFP

1. Penemuan kasus

Surveilans AFP harus dapat menemukan semua kasus AFP dalam satu wilayah yang diperkirakan minimal 2 kasus AFP diantara 100.000 penduduk usia <15 tahun per tahun (Non Polio AFP rate minimal 2/100.000 per tahun). Penemuan kasus AFP dapat dilakukan melalui sistem surveilans aktif rumah sakit dan sistem surveilans masyarakat.

A. Sistem surveilans aktif rumah sakit (*hospital based surveillance/HBS*)

Surveilans Aktif RS bertujuan untuk menemukan kasus AFP yang berobat ke rumah sakit. Surveilans AFP Aktif RS merupakan salah satu prioritas dengan asumsi bahwa sebagian besar kasus dengan kelumpuhan akan berobat ke rumah sakit sehingga dapat menemukan kasus AFP yang berobat ke rumah sakit. Surveilans AFP di RS dilakukan secara aktif oleh petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan petugas surveilans rumah sakit/*contact person* RS, yang diintegrasikan dengan surveilans PD3I, dan penyakit lain yang penting untuk diamati di suatu wilayah.

Pengamatan/pengumpulan data dilakukan oleh petugas kabupaten/kota setiap minggu dan *contact person/* petugas surveilans RS setiap hari. Keterbatasan jumlah tenaga dan lokasi rumah sakit jauh dari kabupaten/kota, maka pelaksanaannya dapat dilaksanakan oleh petugas puskesmas terdekat maupun petugas rumah sakit dan perlu ditetapkan dengan SK oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Adapun persiapan yang dilakukan dalam pelaksanaan surveilans aktif RS adalah mengidentifikasi RS, melakukan pendekatan, hingga melakukan sosialisasi

surveilans AFP kepada semua petugas RS. Pelaksanaan surveilans aktif rumah sakit oleh petugas surveilans kabupaten/kota melakukan pengumpulan data di RS dilakukan secara aktif, bukan menunggu laporan dan setiap bulan mengkompilasi data kasus AFP, Campak, dan TN yang ditemukan di RS.

B. Sistem surveilans masyarakat (*community based surveillance/CBS*)

Surveilans AFP di masyarakat populasi yang diamati adalah anak-anak berusia < 15 tahun di masyarakat. Umumnya kasus AFP dibawa ke RS untuk mendapatkan perawatan, namun masih terdapat kasus AFP yang tidak dibawa berobat ke RS dengan berbagai alasan. Kasus-kasus semacam ini diharapkan bisa ditemukan melalui sistem ini. Kegiatan surveilans AFP di masyarakat dapat juga memanfaatkan kegiatan Desa Siaga.

Sistem surveilans masyarakat diharapkan dapat menemukan kasus AFP dan menyebarluaskan informasi di masyarakat dan pelayanan kesehatan dengan melibatkan peran masyarakat. Masyarakat awam sulit membedakan antara AFP dengan kelumpuhan lainnya, maka diharapkan masyarakat tetap melaporkan semua anak berusia dibawah 15 tahun yang mengalami kelumpuhan apapun penyebabnya ke puskesmas terdekat.

2. Pelacakan kasus AFP

Penemuan satu kasus AFP di suatu wilayah dianggap sebagai KLB (Kejadian Luar Biasa), maka setiap kasus AFP yang ditemukan harus segera dilacak dan dilaporkan ke unit pelaporan yang lebih tinggi selambat-lambatnya 24 jam setelah laporan diterima. Tim pelacak AFP terdiri dari petugas surveilans yang sudah terlatih dari kabupaten/kota, koordinator surveilans puskesmas/dokter puskesmas/RS, dan atau petugas surveilans propinsi..

Dalam pelacakan kasus AFP akan segera dilacak, jika kasus tersebut merupakan rudapaksa maka bukan termasuk kasus AFP. Kasus AFP yang bukan merupakan rudapaksa dan lumpuh >2 bulan maka dilakukan pengisian FP1 dan membuat *resume* medik. Kasus AFP dengan kelumpuhan <2 bulan maka dilakukan pengisian FP1 dan pengambilan spesimen untuk dikirim ke laboratorium, karena kelumpuhan yang terjadi setelah >2 bulan maka virus polio kecil kemungkinan ditemukan dalam tinja (5-10%) sehingga kasus AFP tersebut tidak perlu dilakukan pengambilan spesimen tinja.

3. Pengumpulan spesimen kasus AFP

Spesimen yang diperlukan pada penderita kasus AFP adalah spesimen tinja, namun tidak semua kasus AFP yang dilacak harus dikumpulkan spesimen tinjanya. Pengumpulan spesimen tinja tergantung dari lamanya kelumpuhan kasus AFP dengan kriteria sebagai berikut:

- Kelumpuhan yang terjadi <2 bulan pada saat ditemukan, maka dilakukan pengisian formulir FP1 dan mengumpulkan 2 spesimen tinja penderita AFP dengan tenggang waktu pengumpulan antara spesimen pertama dan kedua minimal 24 jam. Pengumpulan 2 spesimen tinja diupayakan dalam kurun waktu 14 hari pertama setelah kelumpuhan, karena waktu tersebut kemungkinan terbesar ditemukan virus polio dalam tinja sebesar 63-96%.
- Kelumpuhan yang terjadi >2 bulan pada saat ditemukan, maka dilakukan pengisian formulir FP1 dan KU 60 hari, membuat *resume* medik, dan tidak memerlukan pengumpulan spesimen tinja penderita AFP.

4.3 **Gambaran Sistem Pencatatan dan Pelaporan Surveilans AFP mulai dari Proses Pengumpulan, Pengolahan, Analisis Data dan Diseminasi Data**

Sistem pencatatan dan pelaporan surveilans AFP diperoleh dari studi dokumen keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia mengenai pedoman

surveilans *acute flaccid paralysis* (surveilans AFP) dan indepth interview dengan pengelola surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut:

4.3.1 Pengumpulan Data

Unit pelaksana paling awal dalam penemuan kasus AFP adalah Puskesmas dan Rumah sakit di daerah Kecamatan, Kabupaten/Kota. Puskesmas dan Rumah Sakit setempat melaporkan kasus sebagai sumber laporan surveilans AFP. Pelaporan nihil (*zero reporting*) merupakan suatu pembuktian ada/tidaknya kasus AFP di rumah sakit dan wilayah kerja puskesmas setelah dilakukan pemantauan kasus. Pelaporan nihil (*zero reporting*) tetap harus dilakukan meskipun tidak dijumpai kasus AFP selama periode waktu tersebut dengan menuliskan jumlah kasus “0” (nol), “tidak ada kasus”, atau “kasus nihil”.

Data dikumpulkan berdasarkan laporan dari Puskesmas dan Rumah Sakit setempat. Proses pengumpulan data selanjutnya data kasus AFP dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap minggu melalui sistem pelaporan PWS KLB (W2) dengan ada atau tidaknya kasus. Data kasus AFP berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur setiap bulannya dalam bentuk Lis Kasus AFP (FPL). Pelaporan paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Meski tidak ditemukan kasus, akan dikatakan tepat apabila melaporkan tepat waktu. Lis Kasus AFP dibuat secara kumulatif dan akan diidentifikasi berdasarkan kinerja surveilans AFP. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga mengirimkan formulir FP1 (Formulir Pelacakan Kasus AFP) ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

4.3.2 Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dikumpulkan dan diolah menggunakan Ms. Office Excel dan Epi Info oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Data kasus AFP yang terkumpul dari 39 kabupaten/kota se-Jawa Timur dikelompokkan berdasarkan variabel usia, tempat, tanggal lumpuh, pelacakan, pengambilan spesimen, spesimen adekuat, kunjungan ulang, sisa lumpuh, dan klasifikasi. Tujuan pengelompokan tersebut untuk memudahkan analisis data sesuai variabel epidemiologi yaitu orang, tempat, dan waktu.

4.3.3 Analisis Data

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melakukan analisis data kasus AFP menggunakan aplikasi Ms Office Excel dan Epi Info. Data tersebut dikembangkan dalam bentuk narasi, tabel, dan grafik yang berdasarkan variabel epidemiologi yaitu waktu, tempat, dan orang. Hasil tersebut juga disajikan dalam bentuk kinerja surveilans AFP. Dibuat analisis spasial pula mengenai persebaran kasus AFP bukan polio dan spesimen adekuat serta diklasifikasikan berdasarkan kategori baik, sedang, kurang, dan kurang baik.

4.3.4 Diseminasi Data

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melakukan *follow up* atau memberikan *feed back* kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap tiga bulan sekali dengan mengirimkan kembali data kasus AFP, absensi laporan mingguan, dan analisis kinerja Surveilns AFP. Hal ini dilakukan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat melakukan pengecekan data dan segera melakukan pelaporan apabila belum melaporkan. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur juga mengirimkan data salinan hasil laboratorium ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan RS/Puskesmas yang menemukan kasus AFP pertama kali.

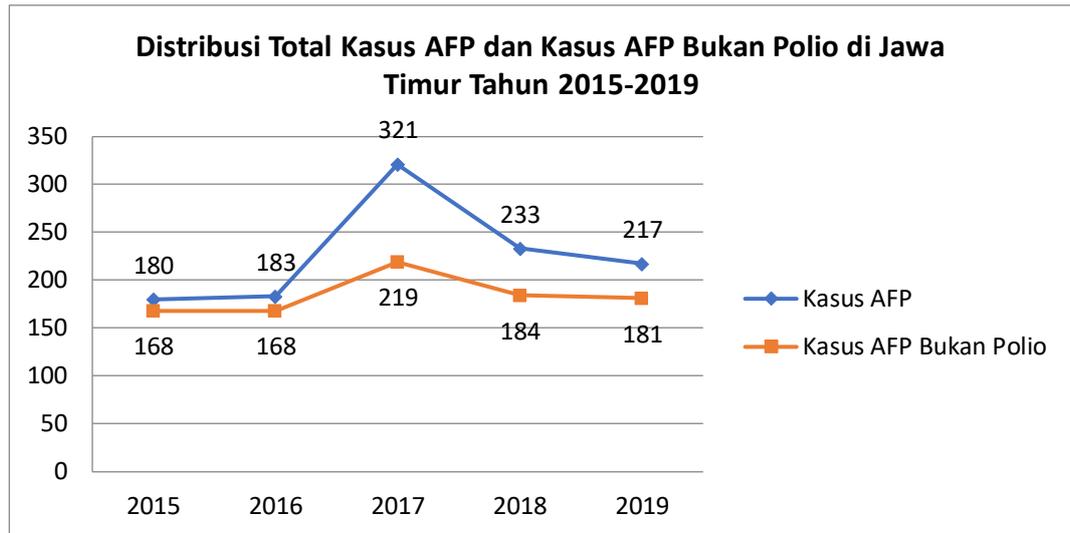
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengirimkan kasus AFP dalam bentuk FP1 (Formulir Pelacakan Kasus AFP) kepada Pusat menggunakan data berupa file Epi Info (*role data*) setiap hari jumat melalui email pusat, dan mengirimkan kasus AFP dalam bentuk Lis Kasus AFP (FPL), kelengkapan, dan ketepatan waktu laporan dari Kabupaten/Kota dan data PD3I ditujukan kepada Subdit. Surveilans Epidemiologi paling lambat tanggal 10 setiap bulan.

4.4 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio di Provinsi Jawa Timur berdasarkan Waktu, Tempat, Orang

Distribusi kasus AFP bukan polio di Provinsi Jawa Timur berdasarkan studi dokumen laporan Lis Kasus AFP Jawa Timur tahun 2015-2019 (analisis sampai bulan Januari 2020), sebagai berikut:

4.4.1 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Waktu

Distribusi total kasus AFP dan kasus AFP bukan polio di Jawa Timur dari tahun 2015 sampai tahun 2019 sebagai berikut:



Gambar 4.4 Distribusi Total Kasus AFP dan Kasus AFP Bukan Polio di Jawa Timur Tahun 2015-2019

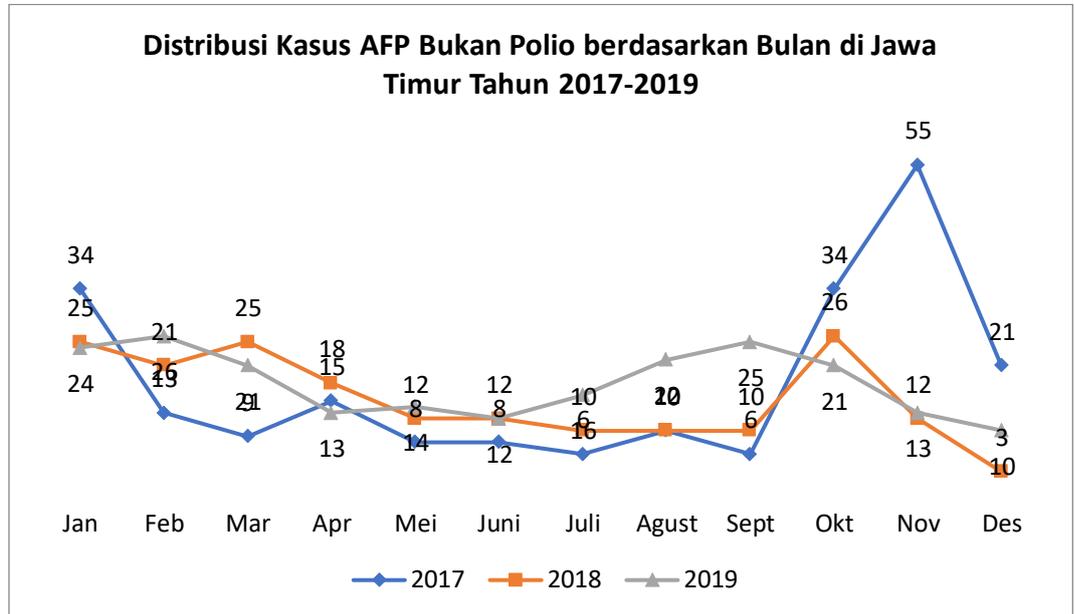
Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015-2019

Gambar 4.4 menunjukkan bahwa penemuan kasus AFP dan kasus AFP bukan polio di Provinsi Jawa Timur tahun 2015-2019 cenderung mengalami fluktuatif. Penemuan kasus AFP mengalami kenaikan daripada tahun 2015, yaitu sebanyak 183 kasus. Pada tahun 2017 mengalami kenaikan baik kasus AFP maupun Kasus AFP bukan polio yaitu sebanyak 321 kasus AFP dan 219 kasus AFP bukan polio. Penurunan jumlah kasus AFP maupun kasus AFP bukan polio terjadi pada tahun 2018 dan terus mengalami penurunan pada tahun 2019.

Kasus AFP merupakan semua anak berusia kurang dari 15 tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya layuh (*flaccid*), terjadi secara akut (mendadak), dan bukan disebabkan oleh ruda paksa. Penemuan kasus AFP akan memengaruhi *AFP rate*, yaitu jumlah kasus AFP yang dilaporkan dibandingkan dengan jumlah penduduk usia <15 tahun dikali dengan 100.000. Penemuan kasus AFP yang semakin tinggi maka *AFP rate* juga akan semakin memenuhi target kinerja, yaitu 2/100.000 penduduk usia <15 tahun.

Kasus AFP bukan polio merupakan kasus AFP dengan spesimen adekuat yang telah terbukti hasil pemeriksaan laboratorium bukan polio dibandingkan dengan jumlah penduduk usia <15 tahun dikali dengan

100.000. Penemuan kasus AFP bukan polio yang semakin tinggi maka *non polio AFP rate* juga akan semakin memenuhi target kinerja, yaitu $\geq 2/100.000$ penduduk usia <15 tahun.



Gambar 4.5 Distribusi kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Bulan di Jawa Timur Tahun 2017-2019

Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2017-2019

Gambar 4.5 menunjukkan bahwa kasus AFP bukan polio setiap bulan di tahun 2017-2019 cenderung mengalami fluktuatif. Penemuan kasus AFP bukan polio tahun 2017-2018 pada bulan Februari mengalami penurunan, namun meningkat kembali pada tahun 2019. Bulan Oktober mengalami peningkatan pada tahun 2017-2018 namun mengalami penurunan pada tahun 2019. Bulan Maret tahun 2017 dan 2019 mengalami penurunan, sedangkan tahun 2018 mengalami peningkatan. Bulan November tahun 2018 dan 2019 mengalami penurunan, sedangkan tahun 2017 mengalami peningkatan tajam. Bulan Desember tahun 2017-2019 mengalami penurunan. Penemuan kasus AFP terbanyak terjadi pada tahun 2017 sebanyak 219 kasus terutama bulan November sebesar 55 kasus karena pelaksanaan HRR (*hospital review record*) didampingi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

4.4.2 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Tempat

Distribusi kasus AFP bukan polio sesuai indikator kinerja *non polio AFP rate* berdasarkan kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Timur tahun 2019:

DISTRIBUSI NON POLIO AFP RATE PER KAB/KOTA DI PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2019



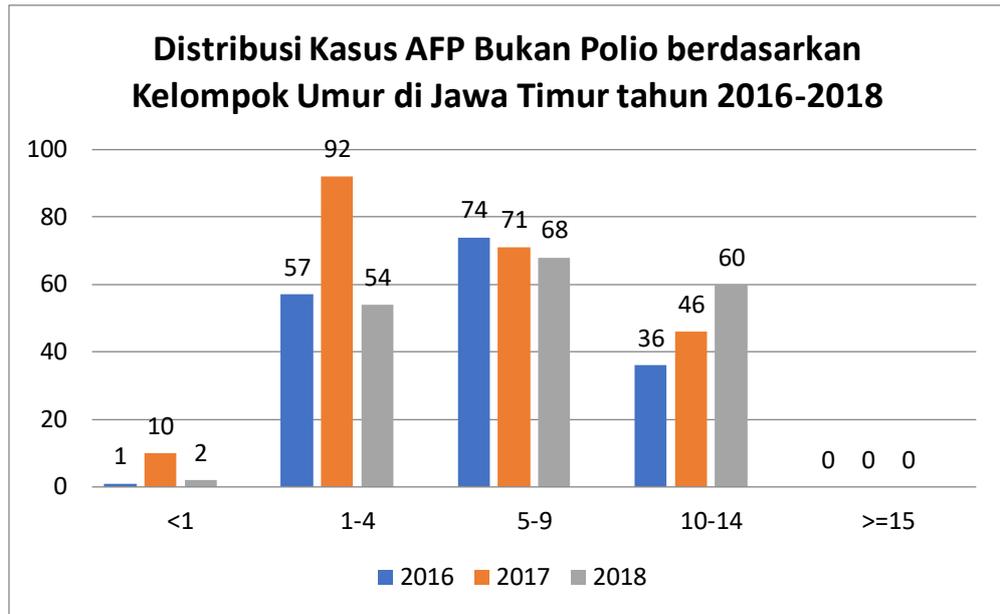
Gambar 4.6 Peta Persebaran Rate AFP Bukan Polio Berdasarkan Kinerja SAEP di Jawa Timur tahun 2019

Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2019

Gambar 4.6 menunjukkan bahwa *rate* AFP bukan polio ≤ 2 masih terjadi di beberapa daerah Kabupaten/Kota ditandai dengan warna merah. Sebanyak 25 Kabupaten/Kota dinyatakan buruk dalam penemuan kasus AFP non polio.

4.4.3 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Orang

Distribusi kasus AFP berdasarkan kelompok umur di Jawa Timur tahun 2017-2018 sebagai berikut:



Gambar 4.7 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Kelompok Umur di Jawa Timur tahun 2016-2018

Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016-2018

Gambar 4.7 menunjukkan bahwa tahun 2016 dan 2018 mayoritas kasus AFP bukan polio terjadi pada kelompok umur 5-9 tahun, tahun 2017 mayoritas kasus AFP bukan polio terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun. Kelompok umur 5-9 tahun rentan mengalami kasus AFP bukan polio karena dua periode (2016 dan 2018) didominasi oleh kelompok umur tersebut. Kasus AFP bukan polio tahun 2016-2018 mengalami peningkatan di kelompok umur 1-4 tahun, tahun 2016 dan 2018 mengalami peningkatan pada kelompok umur 5-9 tahun, sedangkan tahun 2017 mengalami penurunan. Kasus AFP bukan polio tertinggi terjadi tahun 2017 pada kelompok umur 1-4 tahun. Kelompok umur ≥ 15 tahun tidak ditemukan mengalami kasus AFP bukan polio dari tiga periode (2016-2018) di Provinsi Jawa Timur.

4.5 Penurunan Persentase Spesimen Adekuat (Target $\geq 80\%$)

Semua spesimen untuk isolasi virus harus dikumpulkan secepatnya setelah timbul gejala penyakit. Kontaminasi spesimen untuk isolasi virus ini harus dicegah atau dihindari. Beberapa kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur memiliki persentase yang kurang dari 80%.

DISTRIBUSI KASUS AFP PER KAB/KOTA BERDASARKAN KINERJA SAFTP TAHUN 2019

Gambar 4.9 Peta Persebaran Kasus AFP Berdasarkan Kinerja SAFTP di Jawa Timur tahun 2019

Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2019

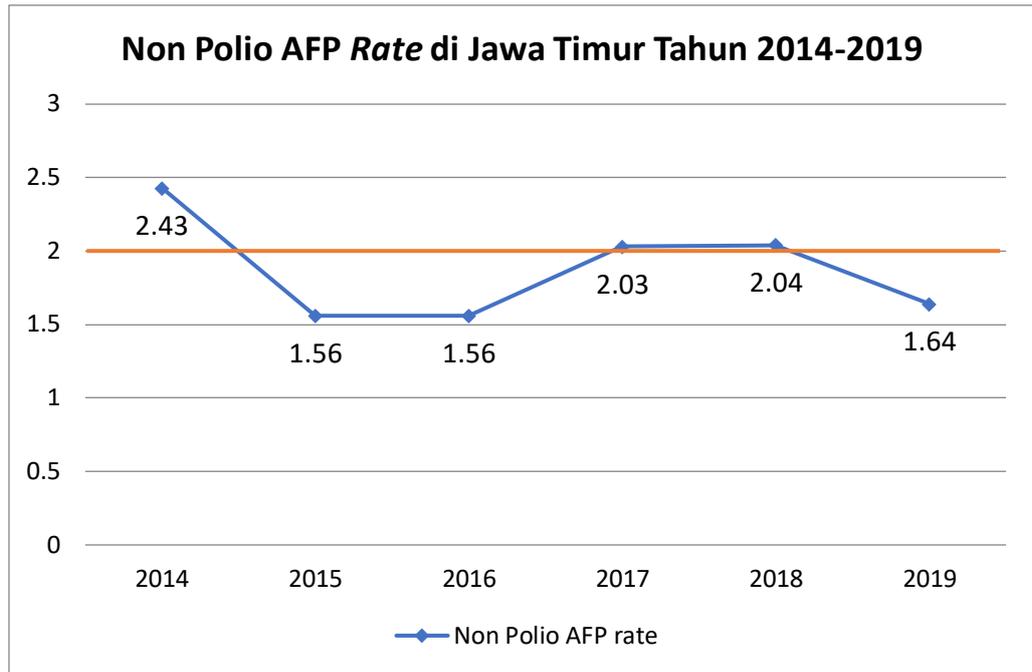
Gambar 4.9 menunjukkan bahwa 17 kabupaten masih dikatakan sangat kurang, ditandai dengan zona merah dengan Non Polio AFP rate <2 dan spesimen adekuat $<80\%$. Sebanyak 6 kabupaten telah dikatakan sedang dengan non polio AFP rate ≥ 2 dan spesimen adekuat ≥ 80 . Sebanyak 7 kabupaten/Kota telah dinyatakan baik, dengan ditandai dengan zona hijau, non AFP rate ≥ 2 dan spesimen adekuat ≥ 80 .

4.7 Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah dan Alternatif Solusi

4.7.1 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dilakukan melalui studi dokumen laporan kinerja Surveilans AFP pada tahun 2019, dan *indepth interview* dengan petugas yang terkait dengan pelaksanaan Surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Permasalahan yang diperoleh sebagai berikut:

1. Menurunnya penemuan kasus AFP bukan Polio dan spesimen adekuat



Gambar 4.10 *Non Polio AFP Rate* di Jawa Timur tahun 2014-2019

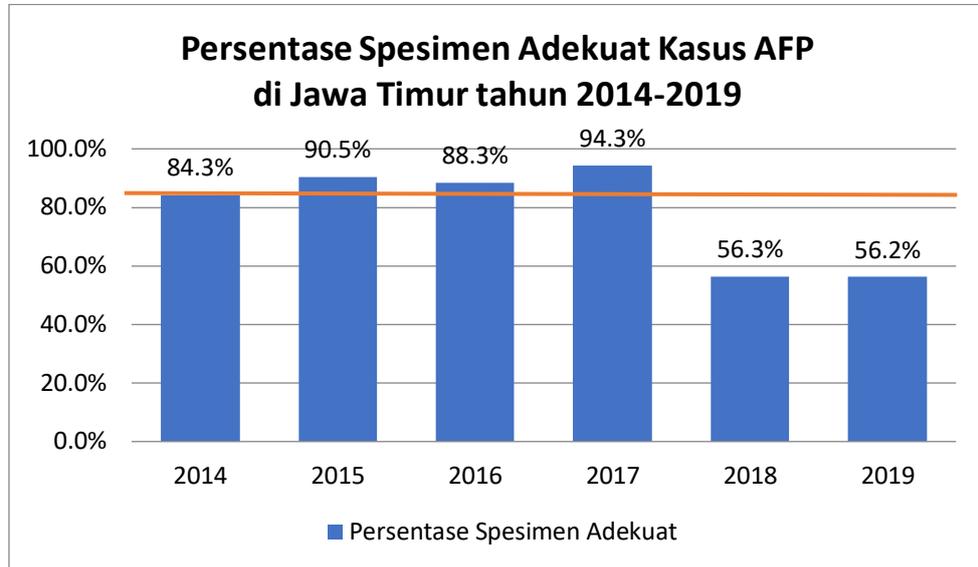
Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2014-2019

Gambar 4.10 menunjukkan bahwa *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) di Provinsi Jawa Timur cenderung mengalami fluktuatif dari tahun 2014-2019. Target *non polio AFP rate* pada penduduk usia <15 tahun yaitu sebesar $\geq 2/100.000$ (Kepmenkes RI, 2007). *Rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) yang telah memenuhi target kinerja surveilans AFP yaitu pada tahun 2014 dan 2017, sedangkan tahun 2015, 2016, 2018 dan 2019 *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) belum memenuhi target kinerja surveilans AFP.

Beberapa penyebab yang memengaruhi penemuan *non polio AFP rate* di Provinsi Jawa Timur yaitu pelaporan yang tidak lengkap dan tepat, kualitas kunjungan SARS (Surveilans Aktif Rumah Sakit) oleh dinas kesehatan Kabupaten/Kota dan petugas surveilans (*contact person*) RS yang kurang optimal, pelaksanaan HRR oleh dinas kesehatan Kabupaten/Kota kurang optimal, adanya penggantian petugas baik di kabupaten maupun puskesmas, kurangnya pelatihan dan pengetahuan

mengenai kasus AFP pada petugas baru surveilans, dan masih adanya perbedaan persepsi tentang definisi AFP bagi klinisi.

2. Menurunnya persentase spesimen adekuat (Target $\geq 80\%$)



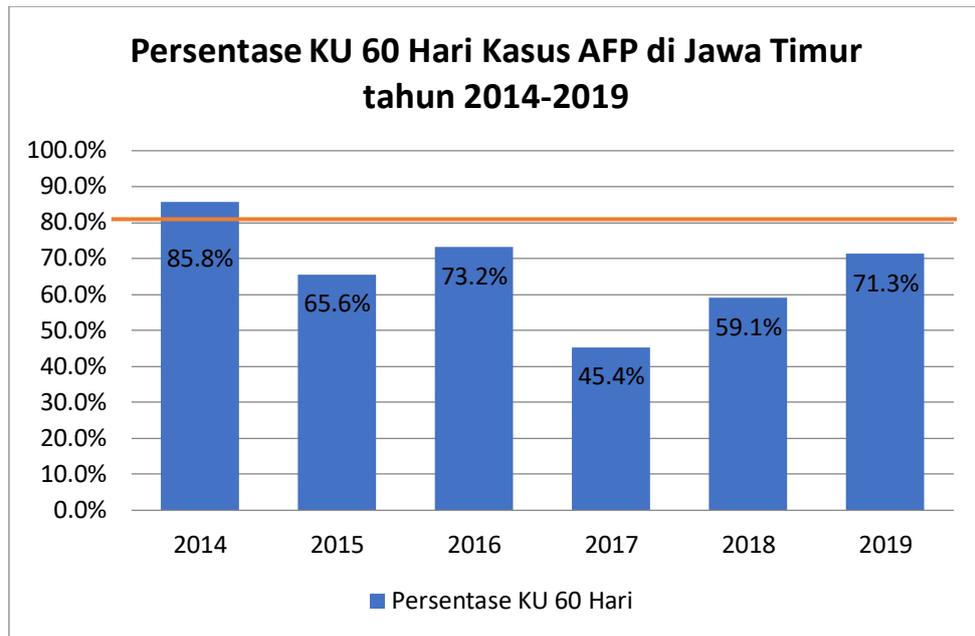
Gambar 4.11 Persentase Spesimen Adekuat Provinsi Jawa Timur tahun 2014-2019

Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014-2019.

Gambar 4.11 menunjukkan bahwa pada tahun 2019 sebagian besar kabupaten/kota nilai spesimen adekuatnya belum mencapai 80%. Terjadi penurunan nilai spesimen adekuat provinsi Jawa Timur selama tiga tahun terakhir. Tahun 2017 nilai spesimen sebesar 94,3%, tahun 2018 nilai spesimen adekuatnya 57,8% dan tahun 2019 nilainya sebesar 56,2%.

Spesimen adekuat merupakan pengambilan spesimen tinja kasus AFP yang mengalami kelumpuhan tidak lebih dari 14 hari karena konsentrasi virus polio dalam tinja diperkirakan sebesar 63-96% pada saat <14 hari pertama kelumpuhan, maka diperlukan partisipasi masyarakat untuk segera melaporkan kasus AFP kepada pelayanan kesehatan terdekat. Menurunnya nilai spesimen adekuat disebabkan pengambilan spesimen lebih dari 14 hari dan volume nya kurang.

3. Kunjungan Ulang 60 hari belum memenuhi target

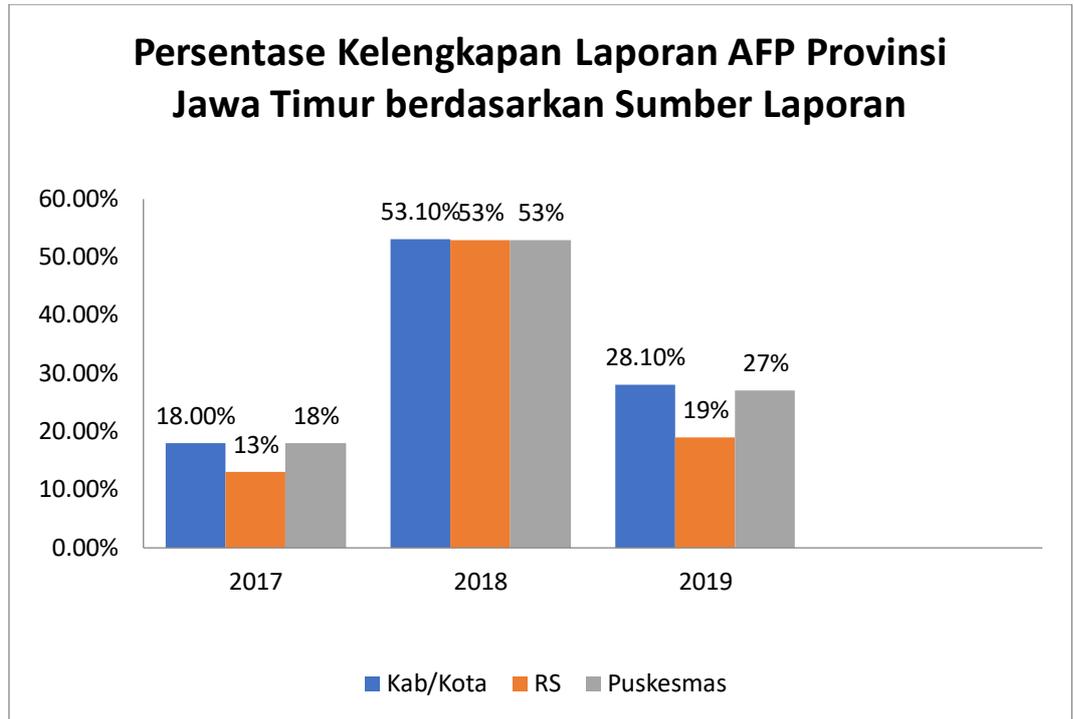


Gambar 4.12 Persentase Kunjungan Ulang 60 Hari Kasus AFP di Jawa Timur tahun 2014-2019

Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2014-2019

Gambar 4.12 menunjukkan bahwa persentase kunjungan ulang 60 hari cenderung mengalami fluktuatif dari tahun 2014-2019. Persentase kunjungan ulang (KU) 60 hari kasus AFP di Provinsi Jawa Timur tahun 2014 sebesar 85,8%, tahun 2015 sebesar 65,6%, tahun 2016 sebesar 73,2%, tahun 2017 sebesar 45,4%, tahun 2018 sebesar 59,1%, dan tahun 2019 sebesar 71,3%. Persentase KU 60 hari yang telah memenuhi target hanya terjadi pada tahun 2014, sedangkan pada tahun 2015-2019 belum memenuhi target. Pada tahun 2019 mengalami sedikit peningkatan tetapi tetap belum memenuhi target kinerja surveilans AFP.

4. Persentase kelengkapan laporan AFP yang masih rendah



Gambar 4.13 Grafik Kelengkapan Laporan AFP Provinsi Jawa Timur berdasarkan Laporan

Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017-2019

Kelengkapan laporan AFP di sebagian besar Kabupaten/Kota masih kurang lengkap.

4.7.2 Prioritas Masalah

Beberapa masalah dalam pelaksanaan surveilans AFP akan dilakukan penentuan prioritas masalah mengguakan metode USG. Informan dalam pelaksanaan USG terdiri dari beberapa petugas yang terkait dalam surveilans PD3I di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebanyak 4 orang. Pengisian form prioritas masalah dengan metode USG akan dilakukan skoring dan jumlah skor terbesar merupakan prioritas masalahnya. Berikut hasil penentuan prioritas masalah dengan metode USG:

Tabel 4.1 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG

| No | Masalah | U | | | | S | | | | G | | | | Total | Ranking |
|----|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 1 | Menurunnya penemuan kasus | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 45 | 1 |

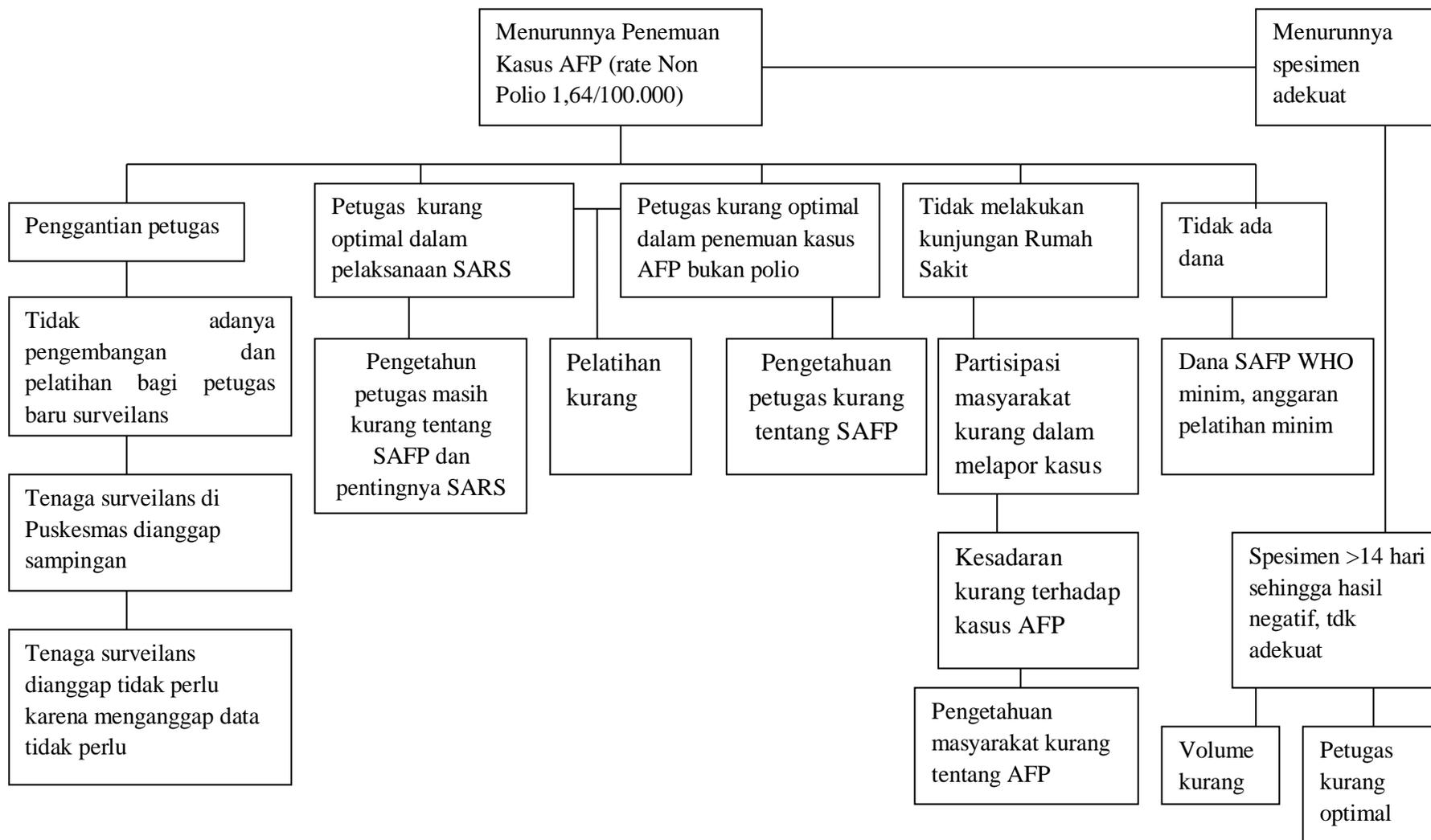
| | AFP bukan polio | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|--|
| 2 | Persentase Spesimen Adekuat $\leq 80\%$ | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 43 | 2 | |
| 3 | Kunjungan Ulang 60 hari yang belum memenuhi target | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 42 | 3 | |
| 4 | Kurangnya kelengkapan laporan AFP beberapa Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 40 | 4 | |

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa penentuan prioritas masalah dengan metode USG didapatkan bahwa prioritas masalah dalam pelaksanaan surveilans AFP yaitu menurunnya kasus penemuan AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) yang belum memenuhi target yaitu hanya sebesar 1,64/100.000 dari penduduk usia <15 tahun, sedangkan target penemuan kasus AFP bukan polio yaitu sebesar $\geq 2/100.000$ dari penduduk usia <15 tahun. Prioritas masalah kedua adalah persentase spesimen adekuat yang $\leq 80\%$. Beberapa Kabupaten/Kota masih rendah persentase spesimen adekuat nya. Oleh karena itu, dilakukan analisis penyebab masalah dengan mencari akar penyebab masalah menggunakan metode *problem tree*.

4.7.3 Penyebab Masalah

Penyebab masalah berdasarkan prioritas masalah yaitu *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) yang belum memenuhi target sebesar 1,64/100.000 penduduk usia <15 tahun dan persentase spesimen adekuat $\leq 80\%$ menggunakan diagram *problem tree*. Identifikasi penyebab masalah dapat dilihat berdasarkan masalah utama, masalah inti serta dampaknya. Berikut diagram *problem tree* pada masalah penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) dan spesimen adekuat $\leq 80\%$ di Provinsi Jawa Timur:

Gambar 4.14 Diagram *Problem tree* Masalah *Rate* Penemuan Kasus AFP Bukan Polio Belum Memenuhi Target (1,62/100.000)



Penyebab yang terdapat pada masalah kurangnya penemuan kasus AFP bukan polio dari segi sumber daya manusia adalah adanya penggantian petugas, Petugas kurang optimal dalam pelaksanaan SARS maupun dalam penemuan kasus AFP bukan polio. Sering dilakukan penggantian petugas dikarenakan masih terdapat yang belum mendapatkan pengetahuan dan pelatihan tentang surveilans AFP dan masih terdapat petugas kesehatan yang kurang pemahaman bahwa surveilans AFP bukan mencari penyakit polio tetapi gejala kelumpuhan layuh akut kemudian dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium. Selain itu tenaga surveilans di Puskesmas masih dianggap sampingan dikarenakan menganggap data tidak perlu.

Masalah mengenai kurangnya kunjungan ke rumah sakit disebabkan partisipasi masyarakat yang kurang dalam melaporkan kasus AFP. Kunjungan aktif menurun, kesadaran masyarakat mengenai kasus AFP kurang disebabkan pengetahuan masyarakat yang masih kurang tentang AFP.

Selain itu ditemukan permasalahan pada dana. Tidak ada dana dari WHO bagi program AFP dan tenaga *surveillance officer*. Akibatnya dana SAFFP minim, anggaran untuk pelatihan minim bahkan tidak merencanakan, dan tidak menganggarkan.

Masalah menurunnya spesimen adekuat disebabkan penilaian spesimen lebih dari >14 hari, sehingga memungkinkan untuk menghasilkan hasil negative dan tidak adekuat. Perlu dilakukan kunjungan ulang 60 hari untuk menilai kembali hasil pemeriksaan terhadap spesimen. Penurunan dalam spesimen adekuat bisa disebabkan volume nya yang kurang, dan kurang optimal nya petugas dalam melakukan penilaian terhadap spesimen.

4.7.4 Alternatif Solusi

Alternatif solusi dapat ditentukan berdasarkan akar penyebab masalah yang telah digambarkan dalam diagram *problem tree*. Berikut alternatif solusi yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah penemuan kasus AFP non polio (Non Polio AFP Rate) yang belum memenuhi target sebesar 1,64/100.000 dan masalah penurunan spesimen adekuat di Provinsi Jawa Timur antara lain:

1. Peningkatan sosialisasi, pengembangan dan pelatihan mengenai surveilans AFP secara rutin kepada petugas yang terkait dalam surveilans AFP di puskesmas, Rumah Sakit, dan Dinas Kesehatan Kab/Kota.

Sosialisasi penting untuk sering dilakukan sebagai bentuk upaya dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran bagi petugas surveilans AFP. Peningkatan sosialisasi di maksudkan agar petugas lebih aktif dalam menemukan kasus AFP, melakukan pemeriksaan spesimen hingga mengidentifikasi AFP polio maupun bukan polio.

Training and development sangat penting untuk dilakukan sebagai peningkatan kualitas sumber daya manusia. Pelatihan dan pengembangan disarankan untuk dilakukan kepada petugas surveilans untuk meningkatkan pengetahuan maupun keterampilan dalam bekerja. Melakukan *on the job training* secara rutin akan menghasilkan kualitas petugas surveilans yang sangat baik.

2. Peningkatan sosialisasi tentang kasus AFP kepada masyarakat agar segera melaporkan kasus AFP pada pelayanan kesehatan.

Melakukan penyuluhan kepada masyarakat mengenai AFP akan meningkatkan kesadaran bagi masyarakat agar melaporkan apabila terdapat ciri-ciri polio bagi anak usia <15 tahun. Kegiatan sosialisasi kepada masyarakat dapat dilaksanakan pada kegiatan posyandu, kegiatan sosialisasi rutin di Puskesmas dan Rumah Sakit. Sosialisasi tentang kasus AFP juga dapat dilakukan melalui sosial media berupa poster online yang menarik, sehingga lebih banyak sasaran yang mengetahuinya dan dapat dilihat kapanpun dimanapun.

3. Peningkatan kualitas kunjungan SARS (Surveilans Aktif Rumah Sakit) oleh petugas surveilans Kab/Kota dan *contact person* Rumah Sakit.

Surveilans Aktif RS bertujuan untuk menemukan kasus AFP yang berobat ke rumah sakit. Kunjungan SARS (Surveilans Aktif Rumah Sakit) dilakukan secara aktif oleh petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan petugas surveilans rumah sakit/*contact person* RS, yang diintegrasikan dengan surveilans PD3I.

Kunjungan SARS (Surveilans Aktif Rumah Sakit) yang dilakukan oleh petugas surveilans Kabupaten/Kota dan *contact person* Rumah Sakit dalam satu minggu sekali tetap dilakukan secara optimal, dan lebih meningkatkan kualitas kunjungan SARS. Peningkatan kuantitas dan kualitas kunjungan SARS bertujuan melakukan validasi data kasus AFP agar tidak ada satupun kasus AFP yang lolos dari pengamatan pada semua bagian rumah sakit tersebut yang merawat anak berusia <15 tahun.

4. Dana pengolahan laporan dapat dilaksanakan secara optimal sebagai sistem *rewarding* pada Kabupaten/Kota yang melaporkan secara lengkap dan tepat serta kerjasama lintas sektor.

Dana dari WHO sudah tidak diberikan sejak 2019. Upaya lintas sektor melibatkan aparat pemerintah desa dan masyarakat secara keseluruhan sangat penting. Kepala Desa turut hadir pada kegiatan Posyandu, kader Posyandu secara pro-aktif menggerakkan masyarakat untuk terlibat aktif, hingga alokasi dana desa untuk insentif kader. Dengan demikian partisipasi kader maupun masyarakat dalam penemuan kasus AFP dapat meningkat.

Dana pengolahan laporan merupakan dana yang diberikan oleh WHO untuk proses pembuatan laporan surveilans AFP yang dilakukan pada semua Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dana pengolahan laporan dapat diberikan melalui Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai sistem *rewarding* kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang telah melaporkan laporan rutin dan kinerja surveilans AFP secara lengkap dan tepat. Sistem *rewarding* yang diberikan dapat meningkatkan motivasi kinerja petugas surveilans AFP di masing-masing Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk lebih meningkatkan dan mempertahankan pelaporan secara lengkap dan tepat.

5. Formulir FP1 yang diisi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dibuat dalam berbasis online.

Formulir FP1 merupakan formulir pelacakan kasus AFP meliputi riwayat sakit, vaksinasi polio, hasil pemeriksaan fisik kasus AFP, dan data lain yang diperlukan. Pengisian formulir FP1 secara online oleh Dinas

Kesehatan Kabupaten/Kota disarankan berbasis *google docs*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur membuat *google docs* sesuai dengan tahun yang berjalan, sehingga data formulir FP1 terkumpulkan berdasarkan tahun berjalan. Pengumpulan data sesuai tahun berjalan memudahkan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merekap data dan menganalisis data kemudian membuatnya ke dalam bentuk *epi info* untuk di kirim kepada Subdit Surveilans Epidemiologi Ditjen PP & PL. Pengisian formulir FP1 berbasis *google docs* dapat meminimalisir variabel yang tidak diisi pada formulir FP1 sehingga dapat meningkatkan pelaporan kasus AFP secara lengkap dan tepat waktu.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur memiliki struktur organisasi yang terdiri dari Kelompok Jabatan Fungsional, UPT, Sekretariat, Bidang Kesehatan Masyarakat, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Bidang Pelayanan Kesehatan, dan Bidang Sumber Daya Kesehatan.
2. Seksi Surveilans dan Imunisasi termasuk pada Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
3. Pencacatan dan pengumpulan data Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur didapatkan dari pelaporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur kepada kepada Subdit. Surveilans Epidemiologi.
4. Identifikasi masalah pada Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur antara lain *Rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*), spesimen adekuat, kunjungan ulang 60 hari dan kelengkapan laporan yang belum memenuhi target kinerja.
5. *Rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) dan spesimen adekuat yang belum memenuhi target kinerja surveilans AFP merupakan prioritas masalah.
6. Akar penyebab masalah menggunakan diagram *problem tree* dengan melihat masalah beserta penyebabnya dalam segala aspek.
7. Alternatif solusi yang dapat dijadikan rekomendasi antara lain:
 - a. Peningkatan sosialisasi, pengembangan dan pelatihan mengenai surveilans AFP secara rutin kepada petugas yang terkait dalam surveilans AFP di puskesmas, Rumah Sakit, dan Dinas Kesehatan Kab/Kota.
 - b. Sosialisasi tentang kasus AFP kepada masyarakat agar segera melaporkan kasus AFP pada pelayanan kesehatan.

- c. Peningkatan kualitas kunjungan SARS (Surveilans Aktif Rumah Sakit) oleh petugas surveilans Kab/Kota dan *contact person* Rumah Sakit.
- d. Dana pengolahan laporan dapat dilaksanakan secara optimal sebagai sistem *rewarding* pada Kabupaten/Kota yang melaporkan secara lengkap dan tepat dan kerjasama dengan lintas sektor.
- e. Formulir FP1 yang diisi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dibuat dalam sistem online.

5.2 Saran

1. Peningkatan pelaksanaan HRR (*Hospital Record Review*) oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur secara optimal dengan meningkatkan koordinasi dengan para stakeholder.
2. Pelaksanaan supervisi oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dapat dilaksanakan secara rutin dan optimal untuk melakukan evaluasi terhadap pencapaian indikator kinerja setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaksanaan supervisi juga dapat meningkatkan koordinasi antara pihak-pihak yang terkait.
3. Peningkatan kerjasama dengan pemerintah daerah, rumah sakit, puskesmas, dalam upaya penguatan komitmen dan dukungan terhadap pelaksanaan Surveilans AFP.

DAFTAR PUSTAKA

- FK Unair. (2017). Poliomieltitis. *Spesialis Ika FK Unair*, 1632–1645.
- Gunardi, H. (2017). Eradikasi dan Babak Akhir Polio: Peran Tenaga Kesehatan Indonesia. *EJournal Kedokteran Indonesia*, 4(3).
<https://doi.org/10.23886/ejki.4.7108.141-8>
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Health Profile 2018]*. Retrieved from http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf
- Narso, D., Suyitno, H., & Artikel, I. (2013). *Unnes Journal of Mathematics Education Research*. 2(1), 76–83.
- Satari, H. I., Ibbibah, L. F., & Utoro, S. (2017). Eradikasi Polio. *Sari Pediatri*, 18(3), 245. <https://doi.org/10.14238/sp18.3.2016.245-50>
- Susanti, N., & Herna, H. (2019). Laboratory-based Acute Flaccid Paralysis surveillance pre-polio free certification: Indonesia experience, 2003-2013. *Health Science Journal of Indonesia*, 10(1), 8–14.
<https://doi.org/10.22435/hsji.v10i1.1846>
- Victoria. (2016). Poliomyelitis (Polio) Immunisation Information Poliomyelitis (Polio). *Departement of Human Services*.
- Wahyuhono, G., & Herawati, M. H. (2012). Peran Laboratorium Dalam Menunjang Eradikasi Polio. *Media of Health Research and Development*, 17(1 Mar), 43–50. <https://doi.org/10.22435/mpk.v17i1Mar.807>.
- Wijiati, E. (2009). Apakah AFP Ataukah Polio? *Kesehatan Umum Dinas Kesehatan Banjarnegara*, 5(01), 28–29. Retrieved from <http://www.cermin>
- Keputusan Menteri Kesehatan No 483 Tahun 2007 Tentang Pedoman Surveilans *Acute Flaccid Paralysis*



Nomor : 8042/UN3.1.10/PPd/2019
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : **Permohonan izin magang**

12 Nopember 2019

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Provinsi Jawa Timur
Jl. Ahmad Yani No. 118
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa, atas nama (terlampir).

Sebagai peserta magang di Instansi Saudara.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;
6. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
7. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
8. Yang bersangkutan.

**DAFTAR NAMA PESERTA MAGANG
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

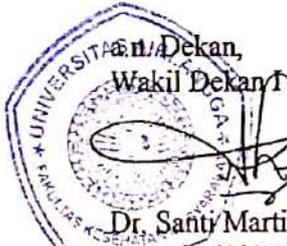
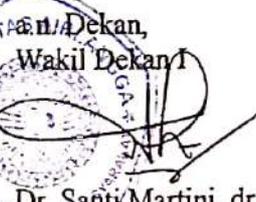
| No. | Nama Mahasiswa | NIM | Peminatan | Tempat Magang | Pembimbing | Pelaksanaan |
|-----|---------------------------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 1. | Anugrah Lintang Indrawati | 101611133058 | Epidemiologi | Bagian Penyakit Tidak Menular | Dr. Lucia Yovita Hendrati, S.KM., M.Kes | 23 Desember 2019 s.d 24 Januari 2020 |
| 2. | Nida Luthfina | 101611133097 | | | | |
| 3. | Indria Dwi Saraswati | 101611133037 | | | | |
| 4. | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | | Bagian Surveillans | Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D | |
| 5. | Alya hanifa Rasyidi | 101611133147 | | | | |
| 6. | Made Nita Sintari | 101611133161 | | | | |
| 7. | Erren Silvia Herdiyani | 101611133045 | | Bagian Penyakit Menular | Prof. Dr., Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., M.PH | |
| 8. | Elvira Revita | 101611133042 | | | | |
| 9. | Armya Zakiah Safitri | 101611133182 | | | | |
| 10. | Tashya Angelie Tamara | 101611133035 | Administrasi & Kebijakan Kesehatan | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Ilham Aksanu Ridlo, S.KM., M.Kes | Januari s.d. Februari 2020 |
| 11. | Aldila Mazaya Ghaisani | 101611133158 | | | | |
| 12. | Ana mariatul Ulfa | 101611133082 | | | | |
| 13. | Riphyana Novayanti | 101611133031 | | | | |



| No. | Nama Mahasiswa | NIM | Peminatan | Tempat Magang | Pembimbing | Pelaksanaan |
|-----|-------------------------|--------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 14. | Salsabila Naim | 1016111218 | Biostatistika | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Yuly Sulistyorini, S.KM., M.Kes | 23 Desember 2019 s.d. 24 Januari 2020 |
| 15. | Nadiyah Firdaus | 101611133114 | | | | |
| 16. | Dianatul Fitri | 101611133141 | | | | |
| 17. | Ita mamlu'atul Mufidah | 101611133165 | | | | |
| 18. | Annisa Fitrah Alifia | 101611133160 | PKIP | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Riris Diana Rachmayanti, SKM., M.Kes | 6 Januari s.d. 6 Februari 2020 |
| 19. | Ferina Agustia Y. | 101611133121 | | | | |
| 20. | M. Baharrudin Wisudawan | 101611133063 | | | | |
| 21. | Putri Faradina H. | 10161113357 | | | | |
| 22. | Nabila Maliha | 101611133178 | | | | |

Surabaya, 12 Nopember 2019

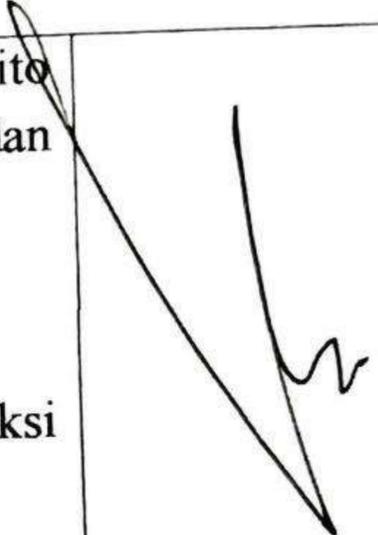
Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.
NIP-196609271997022001



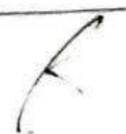
IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

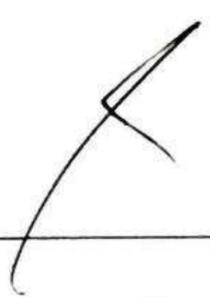
Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Nama : Alya Hanifa Rasyidi
 NIM : 101611133147
 Tempat Magang dan Imunisasi : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Seksi Surveilans dan Imunisasi)

| Tanggal | Kegiatan | Paraf Pembimbing Instansi |
|--------------------|--|---|
| Minggu ke-1 | | |
| 2 Januari 2020 | Mendengarkan pengarahan dari Bapak Gito Hartono selaku kepala seksi surveilans dan imunisasi Berkenalan dengan seluruh staf pada seksi surveilans dan imunisasi |  |
| 3 Januari 2020 | Input data rekap Kejadian Luar Biasa (KLB) tahun 2019. |  |
| Minggu ke-2 | | |
| 6 Januari 2020 | Melanjutkan rekap data Kejadian Luar Biasa (KLB) tahun 2019 |  |
| 7 Januari 2020 | Melanjutkan rekap data Kejadian Luar Biasa (KLB) serta menganalisis berdasarkan tempat, waktu, orang |  |
| 8 Januari 2020 | Melakukan <i>entry</i> data KLB hepatitis A di Kabupaten Jember Membuat kurva epidemiologi KLB hepatitis A di Kabupaten Jember berdasarkan hari dan minggu. |  |

| | | |
|--------------------|---|---|
| | Membuat distribusi pekerjaan epidemiologi KLB hepatitis A di Kabupaten Jember | |
| 9 Januari 2020 | Melanjutkan entry data KLB hepatitis A di Kabupaten Jember, membuat kurva, distribusi berdasarkan jenis pekerjaan, serta membuat <i>power point</i> . |  |
| 10 Januari 2020 | Melakukan revisi terhadap hasil analisis data supervisi suportif imunisasi pada 20 puskesmas di wilayah Jawa Timur Membuat <i>power point</i> kurva epidemiologi KLB dan distribusi pekerjaan kasus hepatitis A di Kabupaten Jember |  |
| Minggu ke-3 | | |
| 13 Januari 2020 | Analisis data pasien difteri di Jawa Timur secara umum dan yang spesifik mendapatkan ADS menurut waktu (bulan), tempat (kabupaten), dan orang (usia, jenis kelamin, dan status imunisasi) |  |
| 14 Januari 2020 | Analisis data pasien difteri di Jawa Timur secara umum dan yang spesifik mendapatkan ADS menurut waktu (bulan), tempat (kabupaten), dan orang (usia, jenis kelamin, dan status imunisasi). Membuat peta distribusi kejadian luar biasa per penyakit. |  |
| 15 Januari 2020 | Mengikuti kegiatan supervisi imunisasi di Kabupaten Sumenep. Melakukan kunjungan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep dan Puskesmas masuk. |  |

| | | |
|--------------------|--|---|
| 16 Januari 2020 | Mengikuti kegiatan supervisi imunisasi di Kabupaten Pamekasan. Melakukan kunjungan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan dan Puskesmas Pegantenan. |  |
| 17 Januari 2020 | Melanjutkan penyusunan peta penyebaran penyakit dengan aplikasi <i>health mapper</i> |  |
| Minggu ke-4 | | |
| 20 Januari 2020 | Supervisi dari dosen pembimbing magang Melanjutkan penyusunan peta penyebaran penyakit dengan aplikasi <i>health mapper</i> Melakukan pembuatan form RCA menggunakan SPSS. |  |
| 21 Januari 2020 | Mengikuti kegiatan supervisi imunisasi di Kabupaten Probolinggo. Melakukan kunjungan ke Puskesmas curah tulis dan Puskesmas Lumbang. |  |
| 22 Januari 2020 | <i>Indepth interview</i> dengan Bu Anik Suroiyah, S. KM. selaku pengelola Surveilans AFP dan dengan Bu wulan selaku staff seksi imunisasi. Melakukan penyusunan laporan. |  |
| 23 Januari 2020 | Melakukan rekap data kinerja SAFP, dan membuat peta dengan aplikasi GIS. |  |
| 24 Januari 2020 | Melanjutkan rekap data kinerja SAFP serta melanjutkan dengan <i>power point</i> . |  |
| Minggu ke-5 | | |
| 27 Januari 2020 | Membuat laporan magang |  |

| | | |
|--------------------|--|---|
| 28 Januari 2020 | Membuat laporan magang dan merekap data AFP berdasarkan penemuan kasus dan diagnosis |  |
| 29 Januari 2020 | Membuat laporan magang dan melanjutkan rekap data AFP berdasarkan sumber laporan Rumah Sakit |  |
| 30 Januari 2020 | Membuat laporan magang dan melanjutkan rekap data AFP berdasarkan sumber laporan Rumah Sakit. |  |
| 31 Januari 2020 | Melanjutan membuat laporan magang dan berpamitan kepada seluruh staff bidang surveilans dan imunisasi. |  |

Lampiran USG

Form Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG

Nama Responden :

Petunjuk Pengisian :

| <i>Urgency</i> | <i>Seriousness</i> | <i>Growth</i> |
|---|--|--|
| Urgensi menggambarkan seberapa mendesak suatu masalah dalam kaitannya dengan waktu yang tersedia untuk menyelesaikan masalah. | Keseriusan menggambarkan seberapa serius suatu masalah dalam kaitannya dengan dampak yang ditimbulkan oleh masalah tersebut. | Perkembangan isu menggambarkan seberapa mungkin masalah tersebut berkembang menjadi lebih parah apabila tidak segera diselesaikan |
| Skor : 5 : Sangat mendesak 4 : Mendesak 3 : Cukup mendesak 2 : Tidak mendesak 1 : Sangat tidak mendesak | Skor : 5 : Sangat berdampak serius 4 : Berdampak serius 3 : Cukup berdampak serius 2 : Tidak berdampak serius 1 : Sangat tidak berdampak serius | Skor : 5 : Sangat mungkin berkembang 4 : Mungkin berkembang 3 : Cukup mungkin berkembang 2 : Tidak mungkin berkembang 1 : Sangat tidak mungkin berkembang |

Form USG

| No | Masalah | U | S | G | Total |
|----|--|---|---|---|-------|
| 1 | Menurunnya penemuan kasus AFP bukan polio | | | | |
| 2 | Menurunnya persentase spesimen adekuat ($\leq 80\%$) | | | | |
| 3 | Kunjungan ulang 60 hari yang belum memenuhi target | | | | |
| 4 | Kurangnya kelengkapan laporan AFP beberapa Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur | | | | |

Lampiran foto kegiatan

| Foto Jenis Kegiatan | Keterangan |
|---|--|
|  | <p>Mengikuti kegiatan upacara pada tanggal 17 Januari 2020 yang diikuti oleh seluruh pegawai Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur</p> |
|  | <p>Mengikuti kegiatan senam rutin hari Jumat pagi.</p> |

| | |
|--|--|
|  | <p>Supervisi oleh Dosen pembimbing magang.</p> |
|  | <p>Supervisi imunisasi di Kabupaten Sumenep.</p> |
|  | <p>Penyelidikan epidemiologi keracunan makanan di Kecamatan Purwosari Kabupaten Bojonegoro</p> |

| | |
|--|--|
|  | <p>Penyelidikan epidemiologi KLB hepatitis di Kabupaten Jember</p> |
|  | <p>Rapat koordinasi terkait KLB Hepatitis di Kabupaten Jember</p> |
|  | <p>Koordinasi dengan bidan desa di Puskesmas Pegantenan pada saat supervise imunisasi Kabupaten Pamekasan.</p> |

| | |
|--|---|
|  | <p>Webinar wabah virus corona.</p> |
|  | <p>Koordinasi dengan bidan desa di Puskesmas Lumbang pada saat supervisi imunisasi Kabupaten Probolinggo.</p> |
|  | <p>Kegiatan apel pagi rutin setiap hari senin hingga Kamis.</p> |

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
SEKSI SURVEILANS DAN IMUNISASI
DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**GAMBARAN PENGGUNAAN APLIKASI PEMANTAUAN
WILAYAH SETEMPAT (PWS) BERBASIS SITUS WEB
DI WILAYAH PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh:

MADE NITA SINTARI

NIM. 101611133161

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TANGGAL 02-31 JANUARI 2020**

Disusun Oleh:
MADE NITA SINTARI
NIM. 101611133161

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

03 Februari 2020



Laura Navika Yamani S.Si., M.Si., Ph.D.

NIP. 198601082018032001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

03 Februari 2020



Suradi, SKM, M.Kes

NIP. 196303111986031024

Mengetahui,
Ketua Departemen Epidemiologi

03 Februari 2020



Atik Choirul Hidajah, dr, M.Kes

NIP. 1968110219998022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala karunianya laporan magang dengan judul “**Gambaran Penggunaan Aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Berbasis Situs Web di Wilayah Provinsi Jawa Timur**” dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu sebagai salah satu prasyarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan magang ini mendeskripsikan tentang gambaran penggunaan aplikasi PWS berbasis situs web di wilayah provinsi Jawa Timur, masalah dalam penggunaan aplikasi PWS, serta alternatif solusi yang dapat diberikan.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Atik Choirul Hidajah, dr., M.kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
3. Laura Navika Yamani S.Si., M.Si., Ph.D. selaku dosen pembimbing magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
4. Gito Hartono, S.KM., M. Kes. selaku Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang.
5. Suradi S.KM., M.Kes. selaku pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah membimbing selama pelaksanaan magang.
6. Wiwien Purwitasari, S.KM., M.Kes. selaku koordinator Seksi Imunisasi yang telah membimbing dalam penyusunan laporan magang.
7. Teman-teman magang di seksi Surveilans dan Imunisasi yang saling mendukung dalam pelaksanaan hingga akhir penyusunan laporan magang.

Semoga Tuhan yang Maha Esa senantiasa melimpahkan karunianya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan laporan magang ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun atas kekurangan laporan magang ini. Semoga bermanfaat baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Surabaya, 03 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| HALAMAN JUDUL | 1 |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | 2 |
| KATA PENGANTAR..... | 3 |
| DAFTAR ISI..... | 4 |
| DAFTAR TABEL | 6 |
| DAFTAR GAMBAR..... | 7 |
| DAFTAR LAMPIRAN | 8 |
| DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH..... | 9 |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 10 |
| 1.1 Latar Belakang | 10 |
| 1.2 Tujuan..... | 12 |
| 1.2.1 Tujuan Umum..... | 12 |
| 1.2.2 Tujuan Khusus..... | 12 |
| 1.3 Manfaat | 13 |
| 1.3.1 Bagi Mahasiswa..... | 13 |
| 1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat | 13 |
| 1.3.3 Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | 13 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 14 |
| 2.1 Imunisasi..... | 14 |
| 2.1.1 Pengertian Imunisasi..... | 14 |
| 2.1.2 Tujuan dan Manfaat Imunisasi | 14 |
| 2.2 Program Imunisasi di Indonesia..... | 14 |
| 2.2.1 Imunisasi Program..... | 15 |
| 2.2.2 Imunisasi Pilihan | 16 |
| 2.3 Imunisasi Dasar Lengkap | 17 |
| 2.3.1 Pengertian Imunisasi Dasar Lengkap | 17 |
| 2.3.2 Jenis-Jenis Imunisasi Dasar Lengkap | 17 |
| 2.3.3 Jadwal Imunisasi Dasar Lengkap | 20 |
| 2.4 <i>Universal Child Immunization</i> | 21 |
| 2.5 Pemantauan Wilayah Setempat..... | 22 |
| 2.6 Identifikasi Masalah | 23 |
| 2.7 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG | 23 |
| 2.8 Penentuan Akar Penyebab Masalah dengan Metode <i>Problem Tree</i> | 23 |
| BAB III METODE KEGIATAN MAGANG..... | 25 |
| 3.1 Lokasi dan Waktu Magang | 25 |
| 3.1.1 Lokasi Magang | 25 |
| 3.1.2 Waktu Magang | 25 |
| 3.2 Metode Pelaksanaan Magang | 25 |
| 3.3 Teknik Pengumpulan Data | 25 |
| 3.4 Output Kegiatan | 27 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | 28 |
| 4.1 Gambaran Umum Kondisi Geografis dan Administrasi Provinsi Jawa Timur | 28 |
| 4.2 Gambaran Umum Kependudukan Provinsi Jawa Timur | 29 |
| 4.3 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | 29 |
| 4.3.1 Visi..... | 29 |
| 4.3.2 Misi | 30 |
| 4.3.3 Tujuan | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3.4 Kebijakan | 31 |
| 4.3.5. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | 32 |
| 4.4 Gambaran Umum Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit | 33 |
| 4.5 Gambaran Umum Seksi Surveilans dan Imunisasi | 34 |
| 4.6 Gambaran Aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Berbasis Situs Web di Wilayah Provinsi Jawa Timur..... | 35 |
| 4.6.1 Pengumpulan Data..... | 36 |
| 4.6.2 Pengolahan Data..... | 36 |
| 4.6.3 Analisis dan Interpretasi Data | 37 |
| 4.6.4 Diseminasi Informasi..... | 37 |
| 4.7 Identifikasi Masalah | 37 |
| 4.8 Prioritas Masalah..... | 42 |
| 4.9 Penyebab Masalah..... | 43 |
| 4.10 Alternatif Solusi | 46 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN..... | 48 |
| 5.1 Kesimpulan | 48 |
| 5.2 Saran..... | 49 |
| DAFTAR PUSTAKA | 50 |
| LAMPIRAN | 51 |

DAFTAR TABEL

| Nomor | Judul Tabel | Halaman |
|-------|---|---------|
| 1.1 | Target dan Capaian Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) dan Universal Child Immunization (UCI) di Wilayah Indonesia dan Jawa Timur Tahun 2014 – 2017. | 11 |
| 2.1 | Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi Usia dibawah 1 Tahun..... | 21 |
| 2.2 | Tabel Isian untuk Penentuan Prioritas Masalah Menggunakan USG..... | 23 |
| 3.1 | Timeline Pelaksanaan Magang | 25 |
| 4.1 | Pencapaian Imunisasi Lengkap pada Laporan Cakupan Bulanan di 15 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Bulan Desember Tahun 2018 | 39 |
| 4.2 | Penentuan Prioritas Masalah Menggunakan Metode USG | 42 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Judul Gambar | Halaman |
|-------|---|---------|
| 4.1 | Peta Provinsi Jawa Timur..... | 28 |
| 4.2 | Piramida Jumlah Penduduk Menurut Golongan Umur Provinsi Jawa Timur Tahun 2018..... | 29 |
| 4.3 | Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur..... | 32 |
| 4.4 | Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur..... | 34 |
| 4.5 | Diagram Lingkaran Status Absensi Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Bulan Oktober – Desember 2018..... | 38 |
| 4.6 | Grafik Pencapaian Imunisasi di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Bulan Desember 2018..... | 40 |
| 4.7 | Analisis Hasil Supervisi Suportif yang Dilaksanakan pada 30 Puskesmas di 20 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2019..... | 42 |
| 4.8 | Analisis <i>Problem Tree</i> Pemanfaatan Data Wilayah Setempat (PWS) yang Masih Rendah di Tingkat Puskesmas..... | 44 |

DAFTAR LAMPIRAN

| Nomor | Judul Lampiran | Halaman |
|-------|--|---------|
| 1 | Form Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG | 51 |
| 2 | Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang | 53 |
| 3 | Surat Permohonan Izin Magang | 56 |

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

Daftar Arti Lambang

| | | |
|---|---|---------------|
| % | = | persen |
| < | = | kurang dari |
| > | = | lebih dari |
| – | = | sampai dengan |

Daftar Singkatan

| | | |
|------|---|--|
| PWS | = | Pemantauan Wilayah Setempat |
| BCG | = | <i>Bacillus Calmette Guerin</i> |
| DPT | = | Difteri, Pertusis, Tetanus |
| HB | = | Hepatitis B |
| Hib | = | <i>Haemophilus Influenzae</i> Tipe B |
| IDL | = | Imunisasi Dasar Lengkap |
| IPV | = | <i>Inactivated Polio Vaccine</i> |
| MR | = | Measles Rubella |
| OPV | = | <i>Oral Polio Vaccine</i> |
| PD3I | = | Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi |
| TB | = | Tuberkulosis |
| UCI | = | <i>Universal Child Immunization</i> |
| TN | = | Tetanus Neonatorum |

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang merupakan kegiatan mandiri yang dilakukan oleh mahasiswa dengan tujuan mendapatkan pengalaman kerja praktis melalui metode observasi dan partisipasi. Magang dilaksanakan di luar lingkungan kampus khususnya di lembaga institusi pada bidang kerja yang sesuai dengan peminatan mahasiswa. Kegiatan magang dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang dengan harapan para lulusan FKM memiliki kemampuan yang bersifat akademik dan profesional.

Tujuan pelaksanaan magang adalah memperoleh ketrampilan, sikap, dan pengetahuan di dunia kerja dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat. Tujuan khusus magang pada departemen epidemiologi adalah mempelajari program pencegahan dan penanggulangan penyakit, mempelajari sistem surveilans, mengidentifikasi masalah kesehatan di instansi setempat, membuat prioritas masalah kesehatan dan mencari alternatif pemecahan masalah, serta mengikuti kegiatan di lapangan.

Imunisasi merupakan pemberian vaksin yang mengandung antigen untuk merangsang pembentukan antibodi serta imunitas terhadap PD3I tertentu di dalam tubuh (Heryani, 2019). Melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017, pemerintah menyelenggarakan imunisasi program yaitu imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi individu tersebut dan masyarakat sekitarnya dari PD3I. Salah satu bagian dari imunisasi program adalah imunisasi rutin, yaitu imunisasi yang dilaksanakan secara terus-menerus dan berkesinambungan. Salah satu bagian dari imunisasi rutin adalah imunisasi dasar yang ditargetkan pada bayi usia 0 – 12 bulan. Imunisasi dasar bertujuan untuk menimbulkan kekebalan tubuh anak terhadap PD3I seperti hepatitis B, poliomyelitis, tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, pneumonia, dan meningitis yang disebabkan oleh *Hemophilus Influenza* tipe b (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

Pada tingkat nasional maupun provinsi, terdapat beberapa daerah yang belum memenuhi target IDL. Daerah-daerah tersebut digolongkan menjadi daerah non *Universal Child Immunization* (UCI). Menurut Permenkes No. 12 Tahun 2017, daerah non UCI adalah daerah yang belum mencapai target nasional bayi yang mendapat IDL disuatu desa/kelurahan dengan persentase minimal 80%. Capaian UCI dan IDL pada tingkat nasional dan Provinsi Jawa Timur dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 Target dan Capaian Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) dan Universal Child Immunization (UCI) di Wilayah Indonesia dan Jawa Timur Tahun 2014 – 2017.

| Tahun | Wilayah | Target IDL | Capaian IDL | Target UCI | Capaian UCI |
|-------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| 2014 | Indonesia | 90.00% | 86,9% | 100.00% | 81,82% |
| | Jawa Timur | | 97,7% | | 85,84% |
| 2015 | Indonesia | 91.00% | 86,54% | | 82,30% |
| | Jawa Timur | | 98,43% | | 76,47% |
| 2016 | Indonesia | 91,5% | 91,58% | | 81,82% |
| | Jawa Timur | | 98,12% | | 87,64% |
| 2017 | Indonesia | 92.00% | 91,1% | | 80,34% |
| | Jawa Timur | | 96,7% | | 86,18% |
| 2018 | Indonesia | 92,5% | 90,61% | | 82,13% |
| | Jawa Timur | | 98,29% | | 87,35% |

Sumber : Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014 – 2018
Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2014 – 2017

Berdasarkan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019, IDL ditargetkan untuk terus meningkat setiap tahunnya. Sementara itu, UCI ditargetkan untuk selalu mencapai angka 100%. Pada tahun 2014 – 2018, Jawa Timur selalu dinyatakan telah memenuhi target IDL dengan capaian sebesar 97,7% pada tahun 2014, 98,43% pada tahun 2015, 98,12% pada tahun 2016, 96,7% pada tahun 2017, dan 98,29% pada tahun 2018. Angka ini cukup jauh diatas target IDL yaitu 90% pada tahun 2014, 91% pada tahun 2015, 91,5% pada tahun 2016, 92% pada tahun 2017, dan 92,5% pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan RI, 2015) . Meski demikian, terlihat penurunan pencapaian IDL dari tahun 2016 ke tahun 2017 sebesar 1,42%.

Meski memiliki capaian IDL yang sangat baik, pada tingkat nasional maupun Provinsi Jawa Timur tidak pernah mencapai target UCI selama 5 tahun berturut-turut. Capaian UCI pada Provinsi Jawa Timur adalah 85,84% pada tahun 2014, 76,47% pada tahun 2015, 87,64% pada tahun 2016, 86,18% pada tahun 2017, dan 87,35% pada tahun 2018. Terlihat penurunan capaian UCI pada tahun 2015 sebesar 9,37% dan pada tahun 2017 sebesar 1.46%.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, perlu dilakukan pemantauan dan evaluasi dalam pelaksanaan program imunisasi. Pemantauan adalah suatu kegiatan pengamatan yang bertujuan untuk memastikan setiap kegiatan sejalan dengan ketentuan program. Salah satu bentuk pemantauan program imunisasi adalah Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). PWS adalah alat

pemantauan yang berfungsi untuk meningkatkan cakupan, sehingga lebih bersifat memantau kuantitas program.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur telah menerapkan sistem PWS dalam bentuk situs web sejak tahun 2003. Situs web ini dapat diakses melalui laman <http://www.imunisasi.dinkes.jatimprov.go.id/> serta dapat diakses oleh pengelola program imunisasi tingkat provinsi maupun kabupaten/kota. Melalui situs ini, pengelola program imunisasi tingkat kabupaten/kota diwajibkan untuk mengunggah laporan cakupan imunisasi setiap bulan. Selain itu, pengelola program dapat memanfaatkan data dalam situs web untuk analisis kuantitas program serta meningkatkan cakupan pelayanan.

Aplikasi PWS merupakan bentuk pemantauan yang penting untuk meningkatkan kuantitas program serta cakupan pelayanan program imunisasi. Namun, suatu sistem tidak terlepas dari adanya beberapa kendala. Permasalahan yang terdapat pada penggunaan aplikasi PWS dapat dikaji pada kegiatan magang sehingga dapat dicari akar penyebab masalah serta alternatif solusi sebagai saran dan masukan untuk peningkatan kinerja aplikasi PWS kedepannya.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mempelajari gambaran umum dan struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- b. Mengidentifikasi masalah dalam penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.
- c. Menentukan prioritas masalah dalam penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.
- d. Menganalisis akar penyebab masalah dalam permasalahan penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.
- e. Menyusun alternatif solusi dalam permasalahan penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Kegiatan magang ini dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman kerja praktis kepada mahasiswa mengenai berbagai kegiatan yang dilaksanakan di seksi surveilans dan imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya mengenai penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web.

1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Laporan magang ini dapat menjadi tambahan referensi ilmiah untuk kegiatan belajar mengajar maupun kegiatan penelitian selanjutnya. Selain itu, kegiatan magang diharapkan dapat membangun hubungan baik serta kerjasama yang lebih erat antara Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

1.3.3 Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mengidentifikasi permasalahan penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur serta sebagai referensi untuk menyusun kebijakan dalam mengatasi berbagai permasalahan tersebut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Imunisasi

2.1.1 Pengertian Imunisasi

Sejak ratusan tahun lalu, imunisasi telah dikenal dan berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian berbagai penyakit di seluruh dunia. Imunisasi berasal dari kata imun, kebal, atau resisten. Imunisasi merupakan pemberian vaksin yang mengandung antigen untuk merangsang pembentukan antibodi serta imunitas terhadap PD3I tertentu di dalam tubuh. Selain melindungi individu yang menerima vaksinasi, orang-orang yang berada di sekitar individu tersebut juga mendapat perlindungan dari penularan penyakit (Heryani, 2019).

2.1.2 Tujuan dan Manfaat Imunisasi

Tujuan utama yang ingin dicapai melalui program imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat PD3I. Selain itu, jika seorang individu yang telah diimunisasi tetap terserang PD3I, maka penyakit tersebut tidak akan berkembang menjadi terlalu parah sehingga individu tersebut akan terhindar dari kecacatan dan kematian (Rukiyah and Yulianti, 2019).

Imunisasi dapat memberikan manfaat bagi banyak golongan, utamanya golongan anak-anak. Selain itu, imunisasi dapat memberikan manfaat baik pada tingkat keluarga maupun negara. Manfaat imunisasi bagi anak adalah mencegah anak dari penderitaan akibat penyakit, kecacatan, dan kematian yang disebabkan oleh PD3I tertentu (Heryani, 2019).

Pada tingkat keluarga, pelaksanaan imunisasi dapat mengurangi kecemasan yang dialami keluarga terhadap kemungkinan anak sakit. Selain itu, keunggulan imunisasi yang mampu melindungi anak dari keparahan PD3I dapat membantu keluarga mengurangi risiko keluarnya biaya pengobatan yang tinggi. Manfaat yang didapat pada tingkat keluarga dapat membantu memperbaiki tingkat kesehatan generasi suatu bangsa sehingga menciptakan sumber daya manusia yang sehat dan berkualitas bagi negara (Heryani, 2019).

2.2 Program Imunisasi di Indonesia

Pada tahun 1977 kegiatan Imunisasi diperluas menjadi Program Pengembangan Imunisasi (PPI) guna mencegah penularan PD3I antara lain hepatitis B, tuberkulosis, polio, difteri, pertusis, tetanus, dan campak (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Semenjak saat itu,

Indonesia terus berupaya meningkatkan mutu dari program imunisasi. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, saat ini Indonesia menerapkan dua jenis program imunisasi yakni imunisasi program dan imunisasi pilihan.

2.2.1 Imunisasi Program

Imunisasi Program adalah imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari PD3I. Imunisasi Program memiliki jenis dan jadwal tersendiri yang telah diatur dalam perundang-undangan. Terdapat 3 jenis imunisasi program yaitu imunisasi rutin, tambahan, dan khusus (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

a. Imunisasi rutin

Imunisasi rutin adalah imunisasi yang wajib diberikan kepada anak secara terus menerus dan berkesinambungan. Imunisasi rutin dapat dibagi dalam 2 bagian yaitu imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar adalah imunisasi yang khusus ditujukan kepada bayi dibawah usia 1 tahun dengan tujuan memberikan proteksi terhadap penyakit hepatitis B, poliomyelitis, tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh Hemophilus Influenza tipe b (Hib), dan campak (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Kelengkapan dari seluruh imunisasi dasar inilah yang menentukan status IDL pada bayi sebelum berusia 1 tahun.

Imunisasi lanjutan adalah imunisasi ulang pada anak yang telah mendapatkan imunisasi dasar dengan tujuan untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan memperpanjang masa perlindungan anak terhadap PD3I. Imunisasi lanjutan diberikan dalam 3 kelompok umur, yaitu anak usia bawah dua tahun (baduta), anak usia sekolah dasar, dan wanita usia subur (WUS). Baduta mendapatkan imunisasi ulang terhadap penyakit difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh Hemophilus Influenza tipe b (Hib), dan campak. Anak usia sekolah mendapat imunisasi ulang terhadap penyakit campak, tetanus, dan difteri pada rentang waktu yang disebut sebagai Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Wanita usia subur mendapat imunisasi ulang terhadap penyakit tetanus dan difteri (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Semua jenis imunisasi tersebut diberikan sesuai jadwal yang telah ditetapkan dalam perundang-undangan.

b. Imunisasi tambahan

Imunisasi tambahan adalah imunisasi pada kelompok umur tertentu yang berdasarkan kajian epidemiologis dinyatakan paling berisiko terhadap suatu penyakit dalam periode waktu tertentu. Tujuan dari imunisasi tambahan adalah untuk melengkapi imunisasi rutin sehingga pemberiannya tidak menghapuskan kewajiban untuk pemberian imunisasi rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Jenis-jenis imunisasi tambahan antara lain *backlog fighting* (upaya aktif puskesmas untuk melengkapi imunisasi dasar pada anak usia bawah tiga tahun), *crash program* (upaya aktif puskesmas khusus wilayah yang memerlukan intervensi cepat untuk mencegah KLB PD3I), Pekan Imunisasi Nasional (kegiatan imunisasi massal secara serentak dalam suatu negara untuk memutuskan penyebaran PD3I tanpa melihat status imunisasi sebelumnya), *catch up campaign* (kegiatan Imunisasi massal pada awal pelaksanaan kebijakan pemberian Imunisasi, misalnya saat pemberian imunisasi jenis baru), Sub PIN (kegiatan serupa PIN yang dilaksanakan dalam lingkup wilayah lebih kecil seperti provinsi atau kota), dan *outbreak response immunization* (imunisasi yang dilaksanakan sebagai respons atas terjadinya KLB PD3I) (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

c. Imunisasi khusus

Imunisasi khusus adalah imunisasi untuk melindungi seseorang atau sekelompok orang terhadap PD3I pada situasi tertentu. Situasi tertentu yang dimaksud dapat berupa persiapan keberangkatan calon jemaah haji atau umroh dan persiapan keberangkatan menuju wilayah yang endemis atau sedang menghadapi KLB terhadap PD3I tertentu. Beberapa jenis imunisasi khusus adalah imunisasi untuk penyakit meningitis meningokokus, *yellow fever* (demam kuning), rabies, dan poliomyelitis (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.2.2 Imunisasi Pilihan

Imunisasi pilihan adalah berbagai jenis imunisasi yang tidak termasuk ke dalam imunisasi program, serta pemberiannya disesuaikan dengan kebutuhan dan keinginan dari masing-masing individu. Vaksin yang termasuk dalam jenis ini biasanya tidak ditanggung oleh pemerintah sehingga penerima vaksin harus mengeluarkan biaya pribadi. Beberapa contoh dari imunisasi pilihan adalah imunisasi yang mampu mencegah penyakit pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh pneumokokus, diare yang disebabkan oleh rotavirus, influenza, cacar air (*varisela*), gondongan

(*mumps*), campak jerman (*rubela*), demam tifoid, hepatitis A, kanker leher rahim yang disebabkan oleh Human Papillomavirus, *Japanese Encephalitis*, *herpes zoster*, hepatitis B pada dewasa dan demam berdarah (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.3 Imunisasi Dasar Lengkap

2.3.1 Pengertian Imunisasi Dasar Lengkap

Dewasa ini, hampir seluruh negara di dunia mulai menyadari pentingnya penyelenggaraan imunisasi. Setiap negara di dunia memiliki kebijakan dan program imunisasi yang berbeda antar negara, sebab program imunisasi tersebut disesuaikan dengan keadaan serta jenis endemisitas penyakit pada negara tersebut. Khusus negara Indonesia, program imunisasi yang diterapkan adalah imunisasi dasar lengkap (IDL) yang mewajibkan setiap bayi usia 0 – 11 bulan mendapatkan imunisasi yang terdiri atas 1 dosis vaksin hepatitis B, 1 dosis vaksin BCG, 3 dosis vaksin DPT-HB-Hib, 4 dosis vaksin polio tetes, dan 1 dosis vaksin campak (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2016).

2.3.2 Jenis-Jenis Imunisasi Dasar Lengkap

a. Imunisasi Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B diberikan untuk memberikan proteksi pada bayi terhadap penyakit hepatitis B. Pemberian imunisasi hepatitis B diberikan melalui injeksi intramuskular dalam. Dosis pertama (HB 0) diberikan 12 jam pasca kelahiran dengan sebelumnya telah didahului oleh penyuntikan vitamin K minimal 30 menit sebelumnya (Heryani, 2019).

Imunisasi ini biasanya diberikan sesegera mungkin pasca kelahiran bayi mengingat sekitar 33% ibu pada negara berkembang terdeteksi HBsAg positif dengan perkiraan transmisi maternal sebesar 40%. Imunisasi ini aman diberikan karena antibodi HBsAg ibu tidak mengganggu respon sistem imun anak terhadap vaksin (Hasdianah and Dewi, 2019).

Bayi yang lahir dari ibu dengan HBsAg negatif diberikan imunisasi hepatitis B dengan dosis minimal 0,5 mililiter. Sementara itu, bayi yang lahir dari ibu dengan HBsAg positif diberikan 0,5 mililiter imunoglobulin hepatitis B dalam waktu 12 jam pasca dilahirkan dan 0,5 mililiter vaksin hepatitis B pada sisi ekstermitas yang berbeda (Hasdianah and Dewi, 2019).

Imunisasi ulangan untuk hepatitis B diberikan pada usia 2 – 3 bulan dan usia 6 bulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 90,7% anak yang telah mendapatkan 3 kali

imunisasi hepatitis B sebelum berusia 1 tahun masih memiliki titer antibodi protektif terhadap hepatitis B pada usia 5 tahun (Hasdianah and Dewi, 2019).

b. Imunisasi *Bacille Calmette Guerin* (BCG)

BCG merupakan jenis vaksin yang diberikan untuk memberikan proteksi pada anak terhadap penyakit tuberkulosis berat yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium tuberculosis*. Penelitian menunjukkan bahwa vaksin BCG dapat melindungi anak dari meningitis tuberkulosis dan tuberkulosis milier dengan derajat proteksi sekitar 86%. Meski demikian, derajat proteksi pada setiap individu sangat bervariasi (Hasdianah and Dewi, 2019).

Imunisasi BCG dianjurkan untuk diberikan pada bayi usia 2 – 3 bulan dengan dosis 0,05 mililiter. Imunitas yang diperlukan untuk melawan penyakit tuberkulosis adalah imunitas seluler, sedangkan imunitas jenis ini tidak diturunkan melalui plasenta ibu. Oleh karena itu, imunisasi ini diberikan pada usia yang cukup dini. Imunisasi diberikan secara intrakutan pada daerah insersi *muskulus deltoideus* kanan. Imunisasi *booster* untuk BCG tidak dianjurkan karena efektivitasnya yang rendah. Kontraindikasi dari imunisasi BCG adalah individu dengan gangguan imunitas dan individu yang sedang dalam pengobatan steroid jangka panjang (Hasdianah and Dewi, 2019).

Tanda keberhasilan dari imunisasi BCG adalah munculnya benjolan kecil bernanah seperti bisul pada area yang disuntik serta tidak sakit jika disentuh. Setelah beberapa waktu, benjol tersebut akan mengempis dengan sendirinya serta membentuk jaringan parut. Apabila benjol tersebut tidak muncul, maka antibodi dari imunisasi tersebut tetap terbentuk dengan kadar yang rendah. Hal ini dapat diakibatkan oleh beberapa faktor, diantaranya dosis yang diberikan terlalu rendah, daya tahan tubuh anak lemah, atau kualitas vaksin BCG yang kurang baik (Heryani, 2019).

c. Imunisasi Poliomielitis

Imunisasi poliomielitis adalah imunisasi yang diberikan untuk memberikan proteksi terhadap penyakit polio. Terdapat dua jenis vaksin poliomielitis, yaitu vaksin yang diberikan melalui oral dan melalui suntikan. Indonesia menerapkan vaksin polio oral sebagai jenis vaksin pada imunisasi rutin. Vaksin ini mengandung virus polio hidup dari tipe 1, tipe 2, dan tipe 3 yang telah dilemahkan serta mampu memunculkan imunitas intestinal (Hasdianah and Dewi, 2019).

Hasil penelitian di negara maju menunjukkan bahwa hasil serokonversi sesudah tiga dosis vaksin polio oral cukup tinggi yaitu berkisar diatas 90%. Namun,

angka ini ditemukan lebih rendah pada hasil penelitian di negara berkembang. Efektivitas tiga dosis vaksin polio oral untuk mencegah polio paralitik di negara berkembang berkisar antara 72% - 98% apabila rantai dingin vaksin terpelihara dengan baik (Hasdianah and Dewi, 2019).

Vaksin polio oral diberikan dengan cara meneteskan 2 tetes vaksin (0,1 mililiter) ke dalam mulut anak. Penyimpanan vaksin ini dilakukan pada suhu 2 – 8 derajat celcius. Vaksin tidak diberikan pada anak yang sedang menderita penyakit akut, demam diatas 38 derajat celcius, diare berat, memiliki gangguan imunitas, dan sedang dalam pengobatan immunosupresi. Salah satu Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) imunisasi polio yang paling ditakutkan adalah *Vaccine Associated Polio Paralytic* (VAPP). Namun, kasus seperti ini hanya terjadi sebanyak 1 kasus per 1 juta dosis pertama vaksin polio oral (Heryani, 2019).

d. Imunisasi DPT-HB-Hib

DPT merupakan vaksin yang mengandung 3 komponen yaitu toksoid *corynebacterium diphtheriae*, bakteri *bordetella pertusis* yang telah dimatikan, dan toksoid *clostridium tetani*. Oleh karena itu, vaksin ini dapat memberikan proteksi terhadap 3 jenis penyakit yaitu difteri, batuk rejan, dan tetanus. Pemberian vaksin DPT biasa dikombinasikan dengan vaksin HB dan Hib sehingga disebut sebagai vaksin pentavalen (Hasdianah and Dewi, 2019).

Toksoid difteri adalah preparat toksin difteri yang telah dinonaktifkan menggunakan formaldehid, kemudian diabsorpsi pada garam alumunium untuk menaikkan antigenesitasnya. Anak yang telah mendapatkan imunisasi DPT tetap dapat terjangkit difteri, namun gejala yang ditunjukkan akan jauh lebih ringan dan tanpa komplikasi sehingga menurunkan angka mortalitas (Hasdianah and Dewi, 2019).

Toksoid tetanus (TT) adalah preparat toksin tetanus yang telah dinonaktifkan menggunakan formaldehid, kemudian diabsorpsi pada garam alumunium untuk menaikkan antigenesitasnya. Sementara itu, vaksin untuk penyakit pertusis biasanya mengandung toksoid pertusis yang telah dirusak toksisitasnya, hemaglutinin filamentosa, aglutinogen, atau protein membran luar seperti timbrie (Hasdianah and Dewi, 2019).

Haemophilus influenza tipe B (Hib) adalah bakteri penyebab berbagai penyakit yang dapat mengancam jiwa seperti meningitis, pneumonia, epiglottitis, dan sepsis. Vaksin Hib mengandung kapsul polisakarida Hib yang telah dimurnikan dan

dikonjugasikan dengan suatu protein pembawa untuk meningkatkan imunogenesitasnya. Protein pembawa tersebut adalah toksoid difteri dan toksoid tetanus (Hasdianah and Dewi, 2019).

Vaksin DPT tersedia dalam bentuk suntikan dan diinjeksikan melalui otot lengan atau paha. Beberapa KIPi yang mungkin dapat ditimbulkan oleh imunisasi DPT adalah pembengkakan, kemerahan, nyeri pada tempat injeksi, demam, kejang, ensefopati, dan syok (Heryani, 2019).

e. Imunisasi Campak

Vaksin campak berisikan virus hidup campak yang telah dilemahkan dan berasal dari berbagai strain virus campak. WHO memberikan rekomendasi pada negara berkembang untuk memberikan imunisasi rutin campak secara nasional pada usia 9 bulan. Hal ini dikarenakan pada usia 9 bulan kadar imunitas ibu yang dapat mengganggu kinerja vaksin jumlahnya sudah menurun. Selain itu, pemberian vaksin pada usia ini juga dapat memperkecil risiko kesakitan dan kematian akibat penularan penyakit campak (Hasdianah and Dewi, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian, pemberian imunisasi pada usia 8 – 9 bulan dapat memberikan serokonversi pada minimal 85% bayi. Selain itu, pemberian satu dosis vaksin campak mampu menurunkan lebih dari 90% insiden penyakit campak. Vaksin campak harus disimpan dalam suhu sesuai (2 – 8 derajat celcius) karena panas matahari dapat membunuh komponen virus campak (Hasdianah and Dewi, 2019).

Vaksin campak diberikan melalui injeksi dengan dosis 0,5 mililiter secara subkutan maupun intramuskular. Efek samping dari vaksin campak adalah demam tinggi dan kemerahan, serta ensefalitis dan ensefalopati pada kasus yang sangat jarang. Vaksin campak tidak boleh diberikan pada anak yang sedang demam tinggi, dalam pengobatan immunosupresi, dan memiliki riwayat alergi pada vaksin campak (Heryani, 2019).

2.3.3 Jadwal Imunisasi Dasar Lengkap

Melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, pemerintah telah menetapkan jadwal pemberian IDL yang diberlakukan bagi seluruh bayi dengan usia kurang dari 1 tahun di seluruh Indonesia. Jadwal pemberian IDL dapat dilihat pada Tabel 2.1

Khusus pemberian imunisasi hepatitis B, paling baik diberikan maksimal 24 jam pasca bayi dilahirkan setelah diberikan suntikan vitamin K pada dua atau tiga jam

sebelumnya. Meski demikian, pada daerah dengan akses sulit pemberian imunisasi hepatitis B masih diperkenankan dalam kurun waktu kurang dari seminggu.

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi Usia dibawah 1 Tahun

| Umur | Jenis Imunisasi | Interval minimal untuk jenis imunisasi yang sama |
|--------------|-----------------------|--|
| 0 - 24 bulan | Hepatitis B | - |
| 1 bulan | BCG, Polio 1 | - |
| 2 bulan | DPT-HB-Hib 1, Polio 2 | 1 bulan |
| 3 bulan | DPT-HB-Hib 2, Polio 3 | |
| 4 bulan | DPT-HB-Hib 3, Polio 4 | |
| 9 bulan | Campak | - |

Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi

Bayi yang lahir pada fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, klinik, dan bidan praktik swasta wajib mendapatkan imunisasi BCG dan Polio 1 sebelum dipulangkan. Vaksin BCG paling baik diberikan maksimal pada usia 2 bulan. Pada daerah dengan akses sulit atau kondisi penghambat lainnya, semua jenis imunisasi kecuali HB 0 dapat diberikan sebelum bayi berusia 1 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.4 Universal Child Immunization

Pembahasan mengenai IDL tidak akan terlepas dengan pembahasan terkait *Universal Child Immunization* (UCI). UCI dapat digunakan sebagai indikator keberhasilan IDL suatu daerah. Pengertian UCI adalah gambaran pencapaian IDL pada suatu daerah atau kelurahan. Suatu desa/kelurahan dikatakan mencapai UCI apabila minimal 80% dari bayi usia 0 – 11 bulan pada daerah tersebut telah mendapat IDL (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2016). Namun, angka 80% ini tidaklah mutlak, karena berdasarkan Renstra Kemenkes RI tahun 2015 – 2019, target IDL berubah dan terus meningkat setiap tahun.

Universal Child Immunization dapat pula dihitung untuk lingkup daerah yang lebih luas, misalnya tingkat kota dan provinsi. Cara yang digunakan untuk menghitung UCI dalam skala yang lebih luas adalah membagi jumlah desa/kelurahan yang telah memenuhi UCI pada lingkup wilayah tersebut dengan jumlah total seluruh desa/kelurahan yang ada pada lingkup wilayah tersebut kemudian dikalikan dengan 100%.

2.5 Pemantauan Wilayah Setempat

Controlling atau pemantauan merupakan satu dari elemen inti dari proses manajemen program selain *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), dan *actuating* (pengimplementasian). Pemantauan dilaksanakan saat program masih berjalan serta memiliki fungsi untuk memastikan bahwa setiap kegiatan berjalan sesuai dengan ketentuan. Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) merupakan salah satu alat pemantauan program imunisasi. Alat pemantauan ini bersifat memantau kuantitas program sehingga berguna untuk meningkatkan cakupan.

Alat pemantauan PWS pertama kali diterapkan di Indonesia pada tahun 1985 dan memiliki nama *Local Area Monitoring* (LAM). Metode ini terbukti efektif untuk meningkatkan cakupan sehingga oleh *World Health Organization* (WHO) disebarkan ke negara-negara lain di seluruh dunia. Perkembangan selanjutnya di Indonesia, Metode LAM kemudian disempurnakan dan berganti nama menjadi PWS (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Metode PWS memiliki beberapa prinsip (Kementerian Kesehatan RI, 2017), antara lain :

- a. Memanfaatkan data yang tersedia dari laporan cakupan Imunisasi
- b. Menggunakan indikator sederhana. Indikator PWS untuk masing-masing antigen:
 - Hepatitis B 0-7 hari : Jangkauan/aksesibilitas pelayanan
 - BCG: Jangkauan/aksesibilitas pelayanan
 - DPT-HB-Hib 1: Jangkauan/aksesibilitas pelayanan
 - Campak: Tingkat (efektivitas program)
 - Polio4: Tingkat perlindungan (efektivitas program)
 - Drop out DPT-HB-Hib 1 – Campak: Efisiensi/manajemen program
- c. Dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan setempat
- d. Teratur dan tepat waktu (setiap bulan)
 - Teratur untuk menghindari hilangnya informasi penting
 - Tepat waktu agar tidak terlambat dalam mengambil keputusan
- e. Lebih dimanfaatkan sendiri atau sebagai umpan balik untuk dapat mengambil tindakan daripada hanya dikirimkan sebagai laporan.
- f. Membuat grafik dan menganalisa data dengan menggunakan software PWS dalam program *microsoft excel*.

2.6 Identifikasi Masalah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, masalah adalah suatu kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Sementara itu, identifikasi masalah adalah kegiatan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut jenis upaya, target, pencapaian, dan masalah yang ditemukan (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Masalah dapat ditemukan melalui analisis data maupun *indepth interview*.

2.7 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG

Sumber daya yang tersedia untuk menyelesaikan masalah terbatas, oleh karena itu perlu ditentukan prioritas masalah. Salah satu metode untuk menetapkan prioritas masalah adalah metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*). Metode ini mengurutkan masalah berdasarkan tiga komponen yaitu tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu.

Urgensi menggambarkan seberapa mendesak suatu masalah dalam kaitannya dengan waktu yang tersedia untuk menyelesaikan masalah. Keseriusan menggambarkan seberapa serius suatu masalah dalam kaitannya dengan dampak yang ditimbulkan oleh masalah tersebut. Dampak tersebut berupa akibat yang ditimbulkan apabila pemecahan masalah tersebut ditunda atau masalah-masalah lain yang dapat muncul dari masalah tersebut. Perkembangan isu menggambarkan seberapa mungkin masalah tersebut berkembang menjadi lebih parah apabila tidak segera diselesaikan (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Tabel 2.2 Tabel Isian untuk Penentuan Prioritas Masalah Menggunakan USG

| No | Masalah | U | S | G | Total |
|----|-----------|---|---|---|-------|
| 1. | Masalah 1 | | | | |
| 2. | Masalah 2 | | | | |
| 3. | Masalah 3 | | | | |

Ketiga komponen USG dinilai dalam skala 1 – 5. Semakin tinggi nilai yang diberikan, maka masalah tersebut dikatakan semakin urgen, semakin darurat, atau semakin cepat berkembang. Contoh tabel isian untuk metode USG dapat dilihat pada tabel 2.2. Masalah yang paling prioritas merupakan masalah dengan skor total tertinggi.

2.8 Penentuan Akar Penyebab Masalah dengan Metode *Problem Tree*

Langkah berikutnya setelah menentukan prioritas masalah adalah mencari akar penyebab masalah. Pengetahuan mengenai akar penyebab masalah akan memudahkan proses penentuan alternatif solusi. Salah satu metode dalam penentuan akar penyebab masalah adalah metode *problem tree*. Kemungkinan penyebab masalah dapat berasal dari sumber daya, proses, atau lingkungan.

Beberapa langkah untuk menyusun *problem tree* (Kementerian Kesehatan RI, 2016):

1. Tuliskan “masalah” pada kotak di puncak pohon masalah.
2. Buat garis panah vertikal menuju kotak tersebut.
3. Tetapkan kategori utama dari penyebab dan tuliskan pada kotak dibawahnya dengan arah panah menuju ke kotak masalah.
4. Lakukan curah pendapat dan fokuskan pada masing masing kategori.
5. Setelah dianggap cukup, dengan cara yang sama lakukan untuk kategori utama yang lain.
6. Untuk masing-masing kemungkinan penyebab, coba membuat daftar sub penyebab dan letakkan pada kotak yang ada dibawahnya.

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi dan Waktu Magang

3.1.1 Lokasi Magang

Kegiatan magang berlokasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang terletak di Jalan Ahmad Yani No. 118 Kota Surabaya pada bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P), seksi Surveilans dan Imunisasi.

3.1.2 Waktu Magang

Kegiatan magang dilaksanakan tanggal 2 Januari 2020 sampai dengan 31 Januari 2020. Magang dilaksanakan selama 5 hari kerja yaitu Senin – Kamis pukul 07.00 – 15.30 WIB dan hari Jumat pukul 07.00 – 14.30 WIB. *Timeline* pelaksanaan magang sampai dengan seminar hasil dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1 Timeline Pelaksanaan Magang

| Kegiatan | Januari | | | | | Februari | | | | |
|--|------------|---|---|---|---|----------|---|---|---|--|
| | Minggu Ke- | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Pelaksanaan magang | | | | | | | | | | |
| Pengumpulan data dan informasi | | | | | | | | | | |
| Pengolahan data, identifikasi masalah, penentuan prioritas masalah | | | | | | | | | | |
| Supervisi pembimbing | | | | | | | | | | |
| Penentuan alternatif solusi masalah. | | | | | | | | | | |
| Penyusunan laporan magang | | | | | | | | | | |
| Seminar hasil laporan magang | | | | | | | | | | |
| Revisi dan pengumpulan laporan magang | | | | | | | | | | |

3.2 Metode Pelaksanaan Magang

Metode kegiatan magang yang akan dilaksanakan antara lain :

a. Pengenalan Lingkungan Kerja

Peserta magang diperkenalkan dengan lingkungan kerja serta struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya pada Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

b. Observasi

Peserta magang mengamati secara langsung berbagai kegiatan serta alur kerja pada Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

c. Partisipasi Aktif

Peserta magang berpartisipasi secara aktif dalam membantu berbagai kegiatan kerja maupun kegiatan turun lapangan atau Dinas Luar (DL) pada Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Contoh kegiatan kerja yang dilaksanakan oleh peserta magang adalah mengolah data sekunder, membuat grafik, dan membuat peta. Contoh kegiatan turun lapangan yang dilaksanakan oleh peserta magang adalah penyelidikan epidemiologi KLB dan supervisi suportif imunisasi.

d. *Indepth Interview*

Peserta magang melakukan wawancara mendalam dengan petugas Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mengenai permasalahan yang ada di tempat magang atau permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat sebagai bahan untuk membuat laporan magang.

e. Ceramah

Peserta magang mendengarkan pengarahannya dan penjelasan dari petugas Seksi Surveilans dan Imunisasi, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mengenai permasalahan yang ada di tempat magang atau permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat.

f. Studi Literatur

Peserta magang mempelajari berbagai teori yang ada dalam literatur dan mencoba mengorelasikannya dengan kenyataan yang ada di tempat magang atau di lingkungan masyarakat.

g. Pengumpulan Data Sekunder.

Peserta magang mempelajari data sekunder yang tersedia seperti profil dinas kesehatan serta berbagai laporan kegiatan guna menunjang penyusunan laporan magang.

h. Penulisan Laporan Magang

Peserta magang menyusun laporan akhir magang sebagai bentuk *monitoring* dan evaluasi selama pelaksanaan magang serta sebagai laporan akhir hasil pelaksanaan magang.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer diperoleh dengan metode observasi, diskusi, *indepth interview*, serta partisipasi aktif. Sumber data primer dapat berasal dari pembimbing magang, petugas di lokasi magang, dan kegiatan turun lapangan.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan metode studi literatur dan data sekunder. Sumber data sekunder dapat berasal dari buku teks, jurnal ilmiah, profil dinas kesehatan, laporan kegiatan, laporan rutin pelaksanaan surveilans, serta data rekapitulasi rutin harian, bulanan, dan tahunan masalah kesehatan di Provinsi Jawa Timur.

3.4 Output Kegiatan

1. Laporan pelaksanaan magang di Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
2. Mahasiswa dapat mendeskripsikan gambaran pelaksanaan kegiatan seksi imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
3. Mahasiswa dapat mendeskripsikan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.
4. Mahasiswa dapat melakukan identifikasi masalah dalam aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.
5. Mahasiswa dapat melakukan penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG pada penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.
6. Mahasiswa dapat melakukan penentuan akar penyebab masalah menggunakan metode *problem tree* pada penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.
7. Mahasiswa dapat melakukan penentuan alternatif solusi pada penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur.

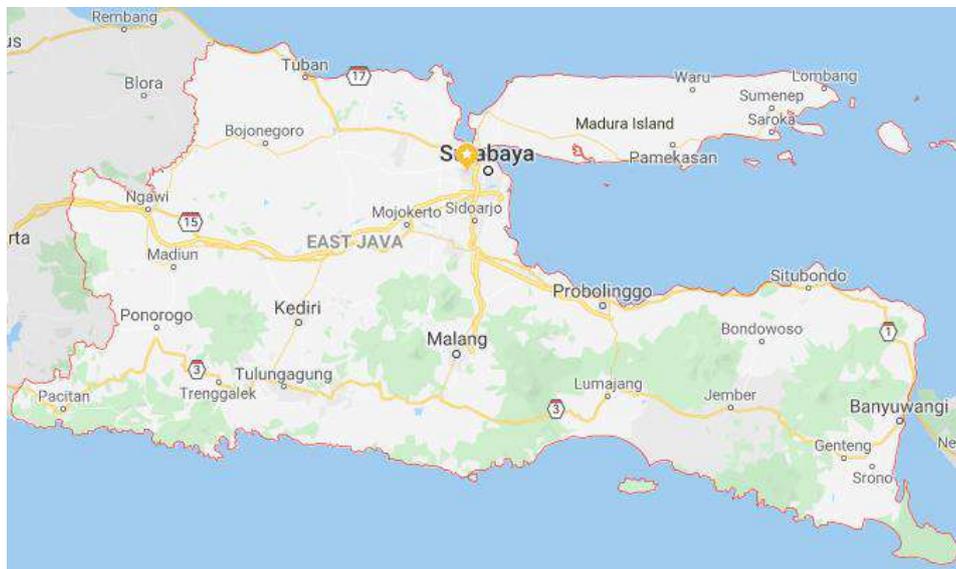
BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Kondisi Geografis dan Administrasi Provinsi Jawa Timur

Provinsi Jawa Timur memiliki luas wilayah daratan 47.799,75 km² dan berada pada 111°0' hingga 114°4' BT dan 7°12' hingga 8°48' LS. dengan batas wilayah:

- a. sebelah utara : Laut Jawa
- b. sebelah selatan: Samudera Hindia
- c. sebelah barat : Selat Bali
- d. sebelah timur : Provinsi Jawa Tengah



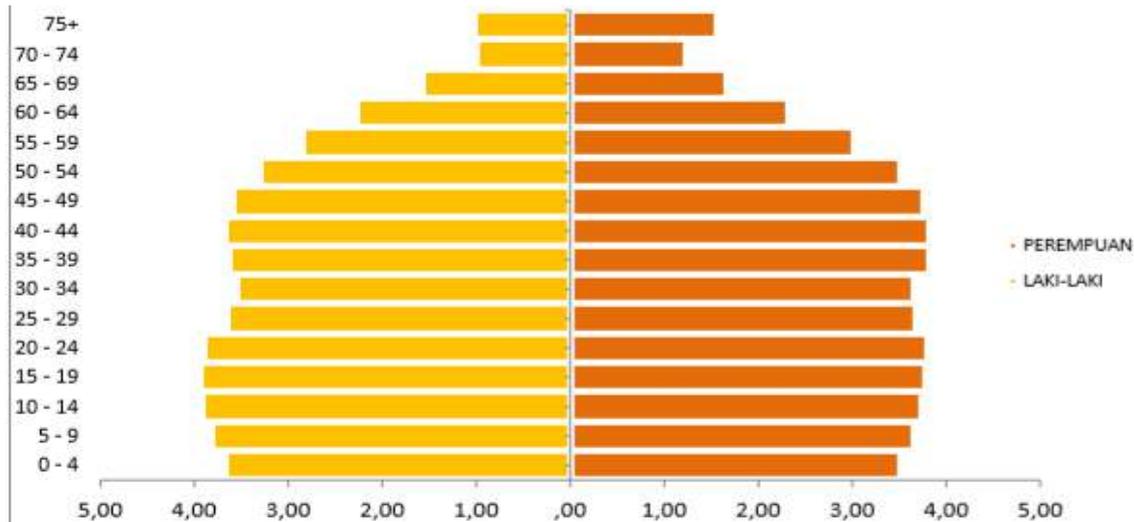
Gambar 4.1 Peta Provinsi Jawa Timur

Sumber : *Google Maps*

Provinsi Jawa Timur memiliki 229 pulau, yang terdiri dari 162 pulau bernama dan 67 pulau tidak bernama, dengan panjang pantai sekitar 2.833,85 km. Secara administratif, Provinsi Jawa Timur terdiri dari 29 kabupaten, 9 kota, 666 kecamatan dan 8.501 desa/kelurahan.

4.2 Gambaran Umum Kependudukan Provinsi Jawa Timur

Jumlah penduduk Provinsi Jawa Timur tahun 2018 sebesar 39.500.851 jiwa dengan rincian jumlah penduduk laki-laki 19.502.156 jiwa dan penduduk perempuan 19.998.695 jiwa. Daerah dengan jumlah penduduk terbanyak adalah Kota Surabaya (2.885.555 jiwa), sedangkan jumlah penduduk paling sedikit adalah Kota Mojokerto (128.282 jiwa). Kepadatan penduduk di kota relatif lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten. Kota Surabaya memiliki kepadatan penduduk tertinggi dengan 8.231,74 km²/jiwa.



Gambar 4.2 Piramida Jumlah Penduduk Menurut Golongan Umur Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Sumber : Pusdatin, Kementerian RI

Dari grafik piramida di atas, komposisi penduduk terbesar adalah kelompok umur 15-19 tahun sedangkan komposisi penduduk paling sedikit adalah kelompok umur 70-74 tahun. Angka Beban Tanggungan (AKB) penduduk Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 sebesar 43,70.

4.3 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.3.1 Visi

Visi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah mewujudkan "Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat". Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi dimana masyarakat Jawa Timur menyadari, mau, dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

4.3.2 Misi

Berdasarkan Visi Dinas Kesehatan Provinsi, maka misi pembangunan kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur:

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
- c. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.
- d. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.
- e. Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan.

4.3.3 Tujuan

Dalam rangka mewujudkan misi organisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menetapkan tujuan sebagai berikut:

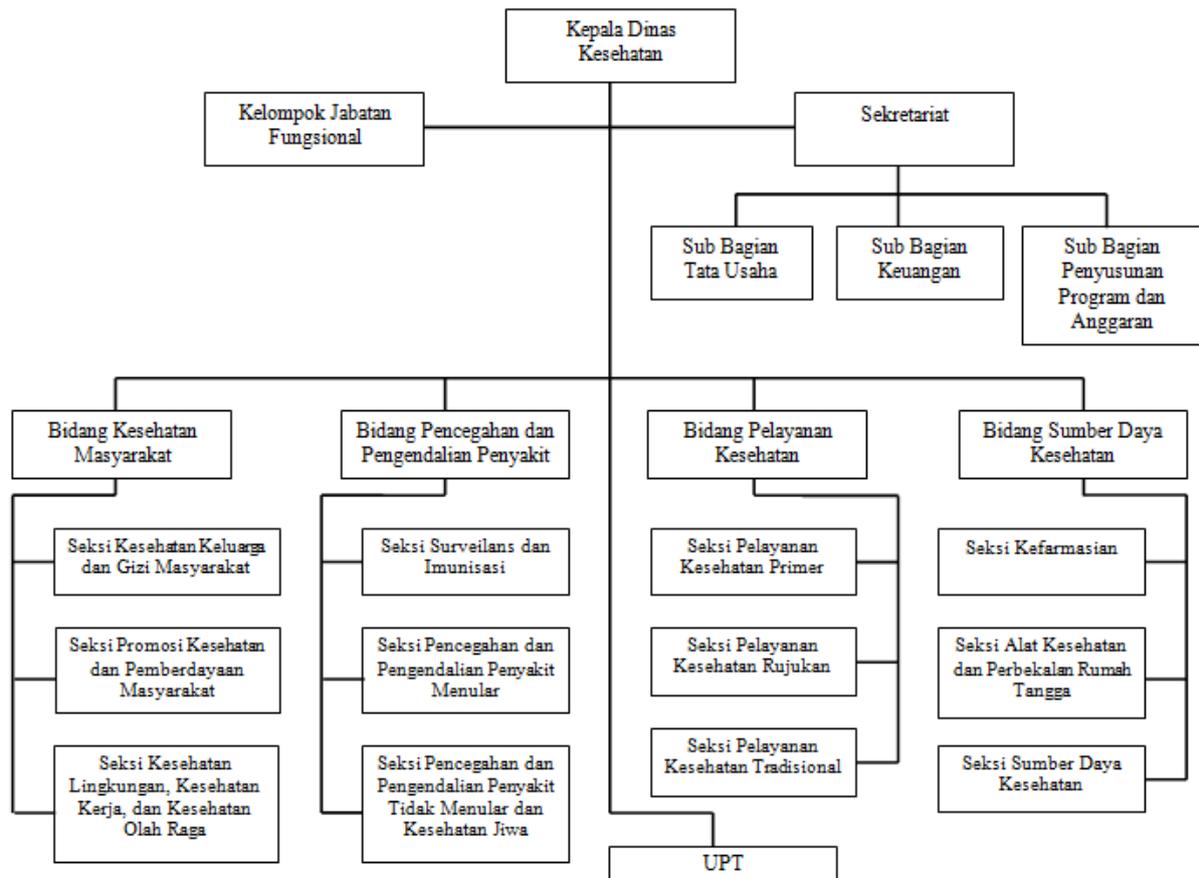
- a. Untuk misi "Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan", ditetapkan tujuan mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Untuk misi "Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat", ditetapkan tujuan memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).
- c. Untuk misi "Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau", ditetapkan tujuan meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya, meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat, serta menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan.
- d. Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan.
- e. Untuk misi "Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan", ditetapkan tujuan mencegah menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya.
- f. Untuk misi "Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan", ditetapkan tujuan meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar.

4.3.4 Kebijakan

Dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merumuskan kebijakan sebagai berikut:

- a. Untuk misi “Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan”, ditetapkan kebijakan pemantapan pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Untuk misi “Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat”, ditetapkan kebijakan pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan peningkatan lingkungan sehat.
- c. Untuk misi ”Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau”, ditetapkan kebijakan percepatan penurunan kematian ibu dan anak, peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan, pemenuhan ketersediaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan dan makanan, serta peningkatan pembiayaan kesehatan dan pengembangan kebijakan dan manajemen kesehatan.
- d. Untuk misi ”Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan”, ditetapkan kebijakan penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada bayi, anak balita, ibu hamil dan menyusui, dan peningkatan pencegahan, surveilans, deteksi dini penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit potensial KLB/wabah dan ancaman epidemi yang diikuti dengan pengobatan sesuai standar serta penanggulangan masalah kesehatan lainnya dan bencana.
- e. Untuk misi ”Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan”, ditetapkan kebijakan penyediaan tenaga kesehatan di rumah sakit, balai kesehatan, puskesmas dan jaringannya serta mendayagunakan tenaga kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan.

4.3.5. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



Gambar 4.3 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Menurut Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, susunan organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terdiri atas (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2016):

- a. Sekretariat, membawahi:
 - 1) Sub Bagian Tata Usaha
 - 2) Sub Bagian Penyusunan Program dan Anggaran
 - 3) Sub Bagian Keuangan.
- b. Bidang Kesehatan Masyarakat membawahi:
 - 1) Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 - 2) Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
 - 3) Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olah Raga.
- c. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, membawahi:
 - 1) Seksi Surveilans dan Imunisasi

- 2) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
 - 3) Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa
- d. Bidang Pelayanan Kesehatan, membawahi:
- 1) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer
 - 2) Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan
 - 3) Seksi Pelayanan Kesehatan Tradisional
- e. Bidang Sumber Daya Kesehatan membawahi:
- 1) Seksi Kefarmasian
 - 2) Seksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Rumah Tangga
 - 3) Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- f. UPT Fungsional Rumah Sakit
- g. UPT
- h. Kelompok Jabatan Fungsional

4.4 Gambaran Umum Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

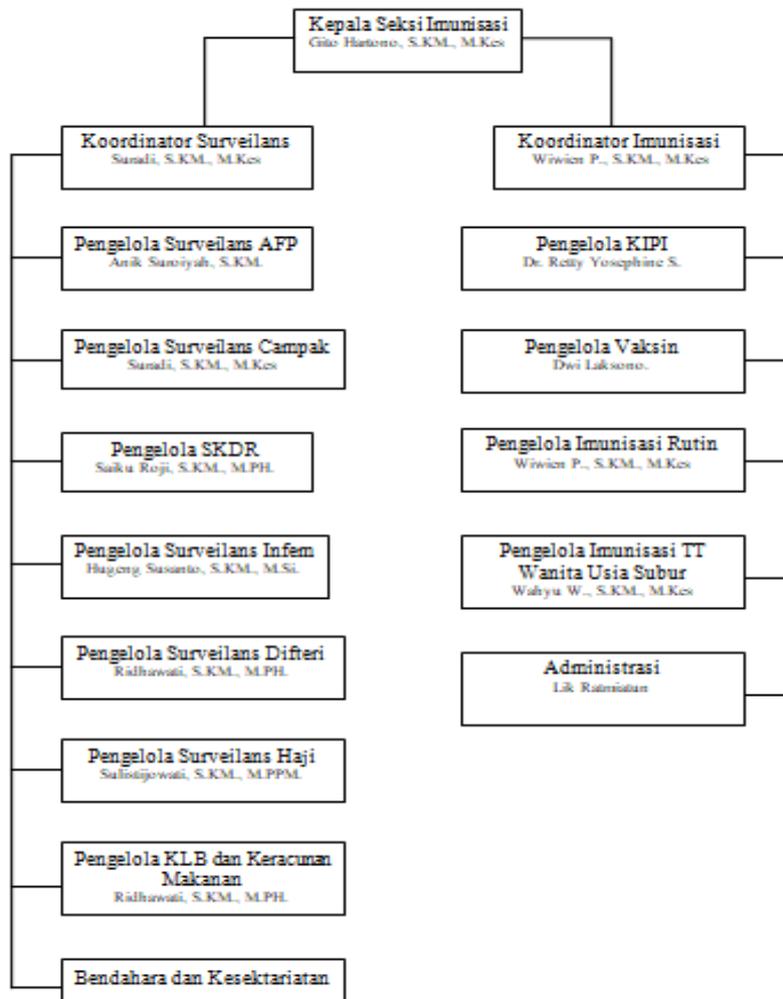
Menurut Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit memiliki tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, koordinasi serta evaluasi di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2016). Untuk melaksanakan tugas tersebut, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai fungsi:

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA
- b. Pelaksanaan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA
- c. Pelaksanaan koordinasi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA
- d. Pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor,

penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan Narkotika, Psikotropika dan NAPZA

- e. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik, dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA
- f. Pelaksanaan tugas – tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.

4.5 Gambaran Umum Seksi Surveilans dan Imunisasi



Gambar 4.4 Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Menurut Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit membawahi seksi surveilans dan imunisasi yang memiliki tugas (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2016):

- a. Menyiapkan bahan penyusunan perencanaan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa

- b. Menyiapkan bahan rumusan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- d. Menyiapkan bahan rumusan pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- e. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan sosialisasi kebijakan, pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- f. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- g. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas sektor tentang program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- h. Menyiapkan bahan pelaksanaan pemantauan, evaluasi dan pelaporan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- i. Menyiapkan bahan pelaksanaan bimbingan dan pengendalian faktor resiko, pendayagunaan sumber daya dan fasilitasi pelayanan kesehatan haji
- j. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

4.6 Gambaran Aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Berbasis Situs Web di Wilayah Provinsi Jawa Timur

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) merupakan salah satu alat pemantauan program imunisasi. Alat pemantauan ini bersifat memantau kuantitas program sehingga berguna untuk meningkatkan cakupan. Definisi PWS sejatinya sama dengan surveilans. Fungsi dari PWS adalah memantau program imunisasi di suatu wilayah kerja secara terus menerus agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berinovasi mewujudkan sistem PWS dalam bentuk situs web. Situs ini dapat diakses pada laman <http://imunisasi.dinkes.jatimprov.go.id/>. Melalui situs web ini, pengelola program imunisasi di seluruh kabupaten/kota Provinsi Jawa Timur dapat mengunggah laporan data bulanan imunisasi maksimal tanggal 10 di setiap bulannya. Sistem PWS dapat dijabarkan dalam beberapa komponen, antara lain pengumpulan data, pengolahan data, analisis dan interpretasi data, serta diseminasi informasi.

4.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam aplikasi PWS dilaksanakan secara *online* melalui situs web <http://imunisasi.dinkes.jatimprov.go.id/>. Pengelola program imunisasi kabupaten/kota melakukan *entry data* capaian imunisasi puskesmas secara *offline* menggunakan *software spreadsheet* seperti *microsoft excel*. *Entry data* ini dilakukan sesuai dengan format baku yang telah disediakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Data tersebut disimpan dalam format *.xlsx* dan *.csv*.

Pengunggahan laporan dilakukan pada menu pengolahan laporan. Beberapa dokumen laporan yang wajib diunggah oleh kabupaten/kota adalah laporan imunisasi bayi, laporan imunisasi TT, laporan logistik, dan laporan imunisasi pentavalen. Batas maksimal unggah laporan adalah tanggal 10 bulan berikutnya. Jika melewati tanggal tersebut, maka pihak Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur akan mengingatkan kabupaten/kota yang bersangkutan. Apabila terdapat kabupaten/kota yang kesulitan mengunggah laporan ke dalam sistem, maka Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur akan membantu proses unggah.

4.6.2 Pengolahan Data

Pengolahan data PWS dapat disajikan dalam beberapa bentuk antara lain narasi, tabel, grafik, dan peta. Bentuk narasi dipergunakan untuk menyusun laporan atau profil suatu wilayah kerja. Sedangkan bentuk tabel digunakan untuk menyajikan data narasi secara lebih ringkas dan menarik. Bentuk grafik dapat dipergunakan untuk membandingkan keadaan antar waktu atau antar lokasi. Sebagian besar hasil PWS disajikan dalam bentuk grafik. Sementara itu bentuk peta digunakan untuk menggambarkan kejadian berdasarkan gambaran geografis.

Dalam aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur, terdapat fasilitas pengolahan data cakupan imunisasi secara langsung. Fasilitas ini dimaksudkan untuk secara otomatis membuat grafik dari data laporan imunisasi bulanan. Grafik ini terdiri atas grafik per antigen, grafik desa UCI dasar lengkap, grafik bayi imunisasi dasar lengkap, dan grafik *drop out*. Meski demikian, tidak seluruh fasilitas pembuat grafik ini dapat berfungsi secara optimal. Selain itu, aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) juga menyediakan fasilitas pembuat peta GIS (*Geographic Information System*). Peta GIS ini terdiri atas GIS Pencapaian imunisasi, GIS desa UCI, dan GIS pentavalen.

4.6.3 Analisis dan Interpretasi Data

Analisis dan interpretasi data PWS sebaiknya dilaksanakan oleh pihak puskesmas untuk mengetahui daftar puskesmas dan desa yang memiliki cakupan imunisasi yang rendah. Analisis ini disampaikan dalam pertemuan bulanan puskesmas atau lokakarya mini bulanan puskesmas. Analisis PWS dikaitkan dengan jumlah dan lokasi terjadinya Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) serta diikuti dengan rencana tindak lanjut.

4.6.4 Diseminasi Informasi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, setiap mengadakan lokakarya mini tribulanan rutin, puskesmas sebaiknya menyiapkan visualisasi hasil-hasil kegiatan dalam bentuk yang mudah dipahami oleh sektor, antara lain dalam bentuk Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Lokakarya mini tribulanan rutin adalah bentuk tindaklanjut berupa penggalangan kerjasama lintas sektoral yang dipimpin oleh camat. Peserta dari lokakarya ini antara lain tim puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, PKK sekretaris camat, lintas sektor dikecamatan misalnya pertanian, agama, pendidikan, BKKBN, dan pihak-pihak terkait lainnya.

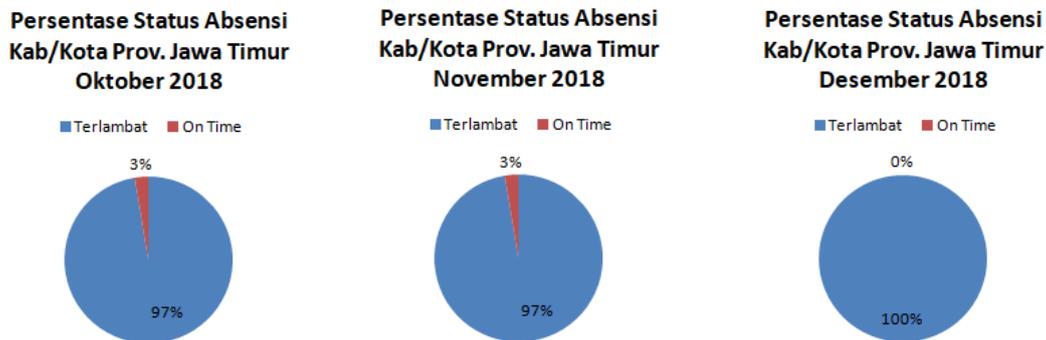
4.7 Identifikasi Masalah

Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan koordinator imunisasi, terdapat beberapa masalah yang ditemukan dalam penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur, antara lain masih banyak daerah yang kesulitan mengunggah laporan karena koneksi internet yang tidak memadai, sistem otomatis pembuat grafik tidak berfungsi, ketepatan waktu data yang rendah (dibawah 50%), serta pemanfaatan data PWS yang masih rendah di tingkat puskesmas.

a. Masih banyak daerah yang kesulitan mengunggah laporan karena koneksi internet yang tidak memadai

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur memiliki kebijakan bagi pengelola program imunisasi di seluruh kabupaten/kota Provinsi Jawa Timur untuk mengunggah laporan data bulanan imunisasi bayi maksimal tanggal 10 di setiap bulannya. Apabila laporan data bulanan pertama kali diunggah ataupun diunggah ulang setelah tanggal tersebut, maka secara otomatis sistem akan mengkategorikannya sebagai status absensi “terlambat”. Berdasarkan laporan absensi yang terdapat pada situs web

aplikasi PWS, hampir seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur termasuk dalam kategori terlambat pada status absensi. Diagram lingkaran status absensi dapat dilihat pada Gambar 4.5.



Gambar 4.5 Diagram Lingkaran Status Absensi Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Bulan Oktober – Desember Tahun 2018

Sumber : <http://imunitasi.dinkes.jatimprov.go.id/>

Tingginya persentase kategori terlambat ini disebabkan oleh banyaknya kabupaten/kota yang melakukan revisi atau unggah ulang setelah melewati tanggal 10 bulan berikutnya. Selain itu, salah satu kendala yang kerap dialami oleh kabupaten/kota adalah gagal unggah dikarenakan permasalahan koneksi. Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan koordinator imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, belum seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur memiliki akses internet yang adekuat untuk menggunggah laporan data bulanan imunisasi bayi.

Selain itu, setelah menggunggah laporan data bulanan imunisasi bayi kebanyakan staf kabupaten/kota tidak memeriksa kembali apakah dokumen tersebut telah sepenuhnya sukses terunggah ke sistem. Koneksi yang terputus di tengah proses unggah atau dokumen yang belum sepenuhnya berhasil diunggah tidak akan terbaca oleh sistem sehingga dokumen tersebut harus diunggah ulang. Apabila dokumen tersebut diunggah ulang setelah melewati tanggal 10 bulan berikutnya, maka akan dideteksi terlambat oleh sistem.

b. Sistem otomatis pembuat grafik tidak berfungsi

Pada situs web PWS terdapat fasilitas pembuat grafik namun tidak dapat berfungsi dengan baik. Hal ini ditunjukkan dengan tidak sesuainya data yang tercantum dalam tabel grafik pencapaian imunisasi dengan tabel yang terdapat pada laporan cakupan bulanan. Dalam hal ini, tabel pada laporan cakupan bulanan merupakan data benar yang dijadikan acuan.

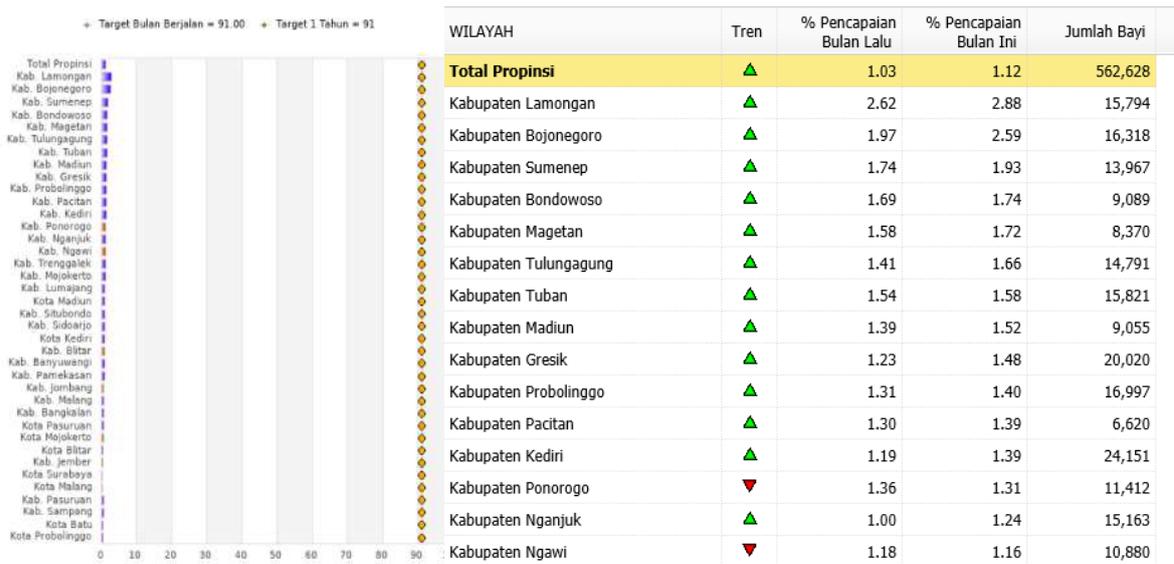
Sebagai contoh, Tabel 4.1 menyajikan data persentase capaian imunisasi lengkap berdasarkan laporan cakupan bulanan pada 15 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur pada Bulan Desember 2018. Data ini tidak sesuai dengan tabel dan grafik pencapaian imunisasi sebagaimana yang disajikan pada Gambar 4.6.

Tabel 4.1 Pencapaian Imunisasi Lengkap pada Laporan Cakupan Bulanan di 15 Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur Bulan Desember Tahun 2018

| No. | Kabupaten / Kota | <i>Surviving Infants</i> | Imunisasi Lengkap | | | |
|-----|-----------------------|--------------------------|-------------------|-------|-------|------|
| | | #JML | L | P | #JML | % |
| 1 | Kabupaten Lamongan | 15,794 | 719 | 730 | 1,449 | 9.17 |
| 2 | Kabupaten Bojonegoro | 16,318 | 1,169 | 1,094 | 2,263 | 13.9 |
| 3 | Kabupaten Sumenep | 13,967 | 593 | 625 | 1,218 | 8.72 |
| 4 | Kabupaten Bondowoso | 9,089 | 454 | 453 | 907 | 9.98 |
| 5 | Kabupaten Magetan | 8,370 | 386 | 339 | 725 | 8.66 |
| 6 | Kabupaten Tulungagung | 14,791 | 696 | 713 | 1,409 | 9.53 |
| 7 | Kabupaten Tuban | 15,821 | 561 | 578 | 1,139 | 7.2 |
| 8 | Kabupaten Madiun | 9,055 | 443 | 399 | 842 | 9.3 |
| 9 | Kabupaten Gresik | 20,020 | 1,142 | 1,190 | 2,332 | 11.7 |
| 10 | Kabupaten Probolinggo | 16,997 | 738 | 748 | 1,486 | 8.74 |
| 11 | Kabupaten Pacitan | 6,620 | 281 | 281 | 562 | 8.49 |
| 12 | Kabupaten Kediri | 24,151 | 795 | 749 | 1,544 | 6.39 |
| 13 | Kabupaten Ponorogo | 11,412 | 526 | 409 | 935 | 8.19 |
| 14 | Kabupaten Nganjuk | 15,163 | 627 | 618 | 1,245 | 8.21 |
| 15 | Kabupaten Ngawi | 10,880 | 420 | 436 | 856 | 7.87 |

Sumber : <http://imunisasi.dinkes.jatimprov.go.id/>

Ketidaksesuaian ini disebabkan oleh belum diperbaharunya sistem grafik pencapaian imunisasi dasar lengkap yang belum sejalan dengan data laporan cakupan bulanan. Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan koordinator imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, salah satu aspek yang masih menjadi kendala dalam pembaharuan sistem PWS adalah ketersediaan dana. Sampai saat ini, grafik pencapaian imunisasi dibuat secara manual menggunakan *software microsoft excel*.



Gambar 4.6 Grafik Pencapaian Imunisasi di 15 Kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur Bulan Desember 2018

Sumber : <http://imunisasi.dinkes.jatimprov.go.id/>

c. Ketepatan waktu data yang rendah (dibawah 50%)

Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan koordinator imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, diketahui bahwa tingkat kelengkapan data laporan cakupan bulanan mencapai 95%, namun tingkat ketepatannya masih cukup rendah yaitu dibawah 50%. Hal ini ditunjukkan dengan laporan absensi yang terdapat pada situs web aplikasi PWS, hampir seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur termasuk dalam kategori terlambat pada status absensi.

Suatu kabupaten/kota dikatakan tepat waktu apabila mengunggah laporan data bulanan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Untuk mencapai ketepatan waktu tersebut, seringkali staf kabupaten/kota mengunggah laporan yang belum lengkap. Laporan data bulanan dikatakan cukup lengkap apabila terisi minimal 80%. Namun, staf kabupaten/kota seringkali mengunggah laporan yang baru terisi kurang lebih sebanyak 10% (hanya terisi 1 atau 2 puskesmas). Kendala ini mengharuskan staf kabupaten/kota berkali-kali melakukan revisi serta mengunggah laporan ke dalam sistem.

Ketepatan data yang rendah dapat berdampak pada kecepatan dan ketepatan puskesmas dalam mengambil keputusan. Data laporan cakupan bulanan yang lengkap, tepat, dan akurat dapat menjadi alat bantu bagi puskesmas maupun dinas kesehatan untuk mengambil keputusan dalam meningkatkan kualitas program imunisasi.

d. Pemanfaatan data PWS yang masih rendah di tingkat puskesmas.

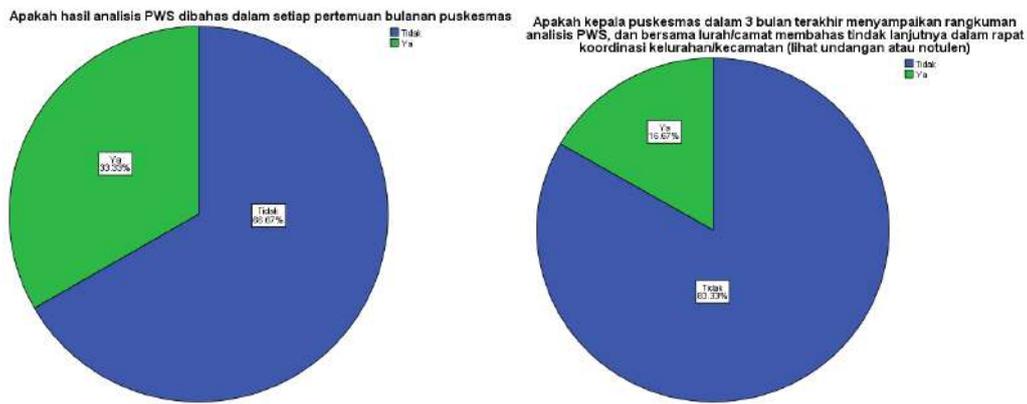
Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) merupakan salah satu alat pemantauan program imunisasi. Salah satu prinsip dari PWS adalah sebaiknya dimanfaatkan sendiri atau sebagai umpan balik untuk dapat mengambil tindakan daripada hanya dikirimkan sebagai laporan. Oleh karena bersifat praktis, data yang tersedia dalam sistem PWS harusnya dapat dimanfaatkan secara maksimal oleh puskesmas selaku fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bersentuhan langsung dengan masyarakat.

Data PWS sebaiknya dilaporkan secara teratur dan tepat waktu setiap bulan. Keteraturan diperlukan untuk menghindari hilangnya informasi penting dan ketepatan waktu diperlukan agar tidak terlambat dalam mengambil keputusan. Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan koordinator imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, masih sangat jarang puskesmas yang menganalisis serta memanfaatkan data di situs web PWS.

Data PWS seharusnya dibahas dalam kegiatan diskusi puskesmas misalnya melalui lokakarya mini. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, setiap mengadakan lokakarya mini tribulanan rutin, puskesmas sebaiknya menyiapkan visualisasi hasil-hasil kegiatan dalam bentuk yang mudah dipahami oleh sektor, antara lain dalam bentuk Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Lokakarya mini puskesmas turut mengundang para bidan desa, sehingga kesempatan tersebut dapat dimanfaatkan untuk diseminasi hasil PWS. Melalui hasil PWS, dapat dilihat daftar puskesmas dan desa yang belum mencapai target cakupan imunisasi. Selanjutnya, perlu didiskusikan penyebab ketidaktercapaian cakupan imunisasi tersebut sekaligus juga alternatif solusi yang akan dilakukan. Pada kenyataannya, hal ini masih jarang dilakukan oleh puskesmas.

Gambar 4.7 menunjukkan analisis hasil supervisi suportif yang dilaksanakan pada 30 puskesmas di 20 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2019. Berdasarkan analisis tersebut, hanya sebanyak 33,3% puskesmas yang membahas hasil analisis PWS dalam pertemuan puskesmas. Selain itu, hanya 16,7% puskesmas yang selama 3 bulan terakhir menyampaikan rangkuman analisis PWS, dan bersama lurah/camat membahas tindak lanjutnya dalam rapat koordinasi kelurahan/kecamatan.



Gambar 4.7 Analisis Hasil Supervisi Suportif yang Dilaksanakan pada 30 Puskesmas di 20 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2019

Sumber : Data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Analisis hasil PWS sangat bermanfaat di tingkat dasar karena menggunakan desa sebagai unit analisis. Tindak lanjut cepat sangat diperlukan di tingkat puskesmas agar keputusan dapat diambil tepat waktu. Setiap puskesmas yang belum mencapai target minimal cakupan imunisasi (dibawah 30%) wajib melengkapi kekurangan tersebut.

4.8 Prioritas Masalah

Setelah ditemukan 4 permasalahan dalam penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur, dilakukan penentuan prioritas masalah dengan metode USG. Informan dalam pelaksanaan USG ini adalah 5 orang petugas seksi surveilans dan imunisasi (ditandai dengan kode 1 sampai 5). Setiap informan memberikan nilai dengan rentang 1 – 5. Nilai dari setiap masalah kemudian dijumlahkan.

Tabel 4. 2 Penentuan Prioritas Masalah Menggunakan Metode USG

| No | Masalah | U | | | | | S | | | | | G | | | | | Total | Rank |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| 1. | Masih banyak daerah yang kesulitan mengunggah laporan karena koneksi internet yang tidak memadai | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 51 | III |
| 2. | Sistem otomatis pembuat grafik tidak berfungsi | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 44 | IV |
| 3. | Ketepatan waktu data yang rendah (dibawah 50%) | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 55 | II |
| 4. | Pemanfaatan data PWS yang masih rendah di tingkat puskesmas. | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 61 | I |

Masalah dengan nilai total tertinggi merupakan masalah prioritas. Hasil penentuan prioritas masalah dapat dilihat pada Tabel 4.2. Berdasarkan penentuan prioritas masalah, didapatkan prioritas masalah adalah masalah nomor 4 yaitu masih rendahnya pemanfaatan data PWS di tingkat puskesmas dengan skor tertinggi sebesar 61. Selanjutnya akan dicari akar penyebab masalah menggunakan metode *problem tree*.

4.9 Penyebab Masalah

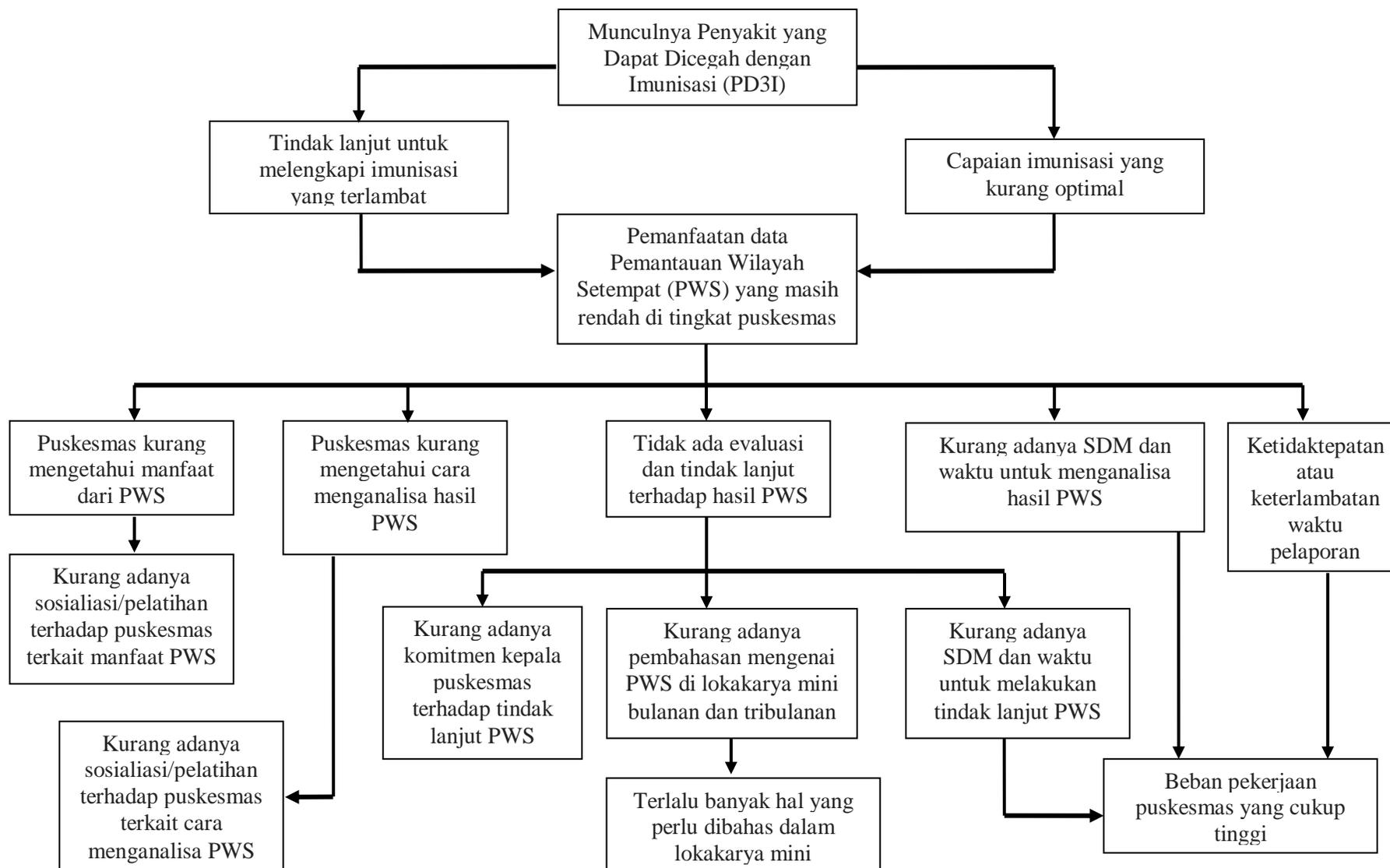
Berdasarkan prioritas masalah yaitu masih rendahnya pemanfaatan data PWS di tingkat puskesmas, selanjutnya digunakan metode *problem tree* untuk menentukan akar penyebab masalah. Hasil analisis *problem tree* ditunjukkan oleh Gambar 4.8.

1. Kurang adanya sosialisasi/pelatihan terhadap puskesmas terkait manfaat PWS

Akar masalah pertama dapat berupa kurangnya sosialisasi/pelatihan terhadap puskesmas mengenai manfaat PWS. Manfaat PWS antara lain mampu mengidentifikasi daftar puskesmas dan desa yang belum memenuhi target capaian imunisasi yang diharapkan, baik untuk vaksin tertentu maupun secara umum, untuk selanjutnya dilakukan tindak lanjut yang diperlukan. Sosialisasi yang kurang terhadap manfaat PWS dapat menimbulkan ketidaktahuan staf puskesmas terkait manfaat PWS sehingga data PWS hanya sekedar menjadi kewajiban laporan rutin tanpa adanya analisa lebih lanjut.

2. Kurang adanya sosialisasi/pelatihan terhadap puskesmas terkait cara menganalisa PWS

Akar masalah kedua dapat berupa kurangnya sosialisasi/pelatihan terhadap puskesmas mengenai cara menganalisa PWS. Hasil analisa PWS dapat disajikan dalam beberapa bentuk antara lain narasi, tabel, grafik, dan peta, dengan masing-masing bentuk memiliki fungsi yang berbeda. Analisis PWS juga dapat dikaitkan dengan jumlah dan lokasi terjadinya Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). Minimnya kemampuan puskesmas untuk menganalisa hasil PWS dapat berdampak pada minimnya pemanfaatan data PWS yang telah dikumpulkan.



Gambar 4.8 Analisis *Problem Tree* Pemanfaatan Data PWS yang Masih Rendah di Tingkat Puskesmas

3. Kurang adanya komitmen kepala puskesmas terhadap tindak lanjut PWS

Berdasarkan hasil *indepth interview* dengan koordinator imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, kurangnya komitmen kepala puskesmas terhadap tindak lanjut PWS merupakan salah satu akar masalah dari kurangnya pemanfaatan data PWS di tingkat puskesmas. Kepala puskesmas yang kurang menaruh perhatian terhadap pemanfaatan PWS dapat memengaruhi seluruh staf puskesmas untuk cenderung mengikuti sikap dan arahan dari pemimpinnya.

4. Terlalu banyak hal yang perlu dibahas dalam lokakarya mini

Akar masalah keempat dapat berupa terlalu banyak hal yang perlu dibahas dalam lokakarya mini bulanan maupun tribulanan. Pembahasan ini dapat menyita waktu yang cukup banyak sehingga tidak ada atau hanya sedikit waktu yang tersisa untuk pembahasan mengenai PWS. Minimnya pembahasan mengenai PWS mengakibatkan minimnya tindak lanjut dan berbagai kebijakan yang direkomendasikan terkait dengan hasil PWS.

5. Beban pekerjaan puskesmas yang cukup tinggi

Akar masalah kelima dapat berupa beban pekerjaan puskesmas yang cukup tinggi. Beban pekerjaan yang tinggi dan bervariasi dapat menimbulkan banyak dampak, antara lain kurangnya Sumber Daya Manusia (SDM) serta waktu yang tersedia untuk menganalisa hasil PWS maupun melakukan tindak lanjut hasil PWS. Kurangnya sumber daya ini juga dapat menyebabkan ketidaktepatan atau keterlambatan waktu pelaporan sehingga semakin sedikit waktu yang tersedia untuk menganalisa dan menindaklanjuti hasil analisa PWS.

Apabila tidak diatasi, rendahnya pemanfaatan data PWS di tingkat puskesmas berpotensi menimbulkan dampak yang lebih luas, antara lain capaian imunisasi yang kurang optimal serta keterlambatan tindakan tindak lanjut yang diberikan. Capaian imunisasi ini dapat secara khusus berupa vaksin tertentu ataupun capaian imunisasi secara umum (misalnya status imunisasi dasar lengkap). Tindak lanjut yang diberikan dapat berupa *sweeping* untuk mencari anak-anak yang belum melengkapi imunisasi tertentu serta tindakan imunisasi bagi anak-anak dengan status imunisasi belum lengkap tersebut. Akibat yang lebih luas dari kedua dampak tersebut adalah timbulnya Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) di tengah masyarakat karena cakupan imunisasi yang rendah maupun tidak merata, seperti difteri, tetanus, campak, dan sebagainya.

4.10 Alternatif Solusi

Berdasarkan akar masalah yang telah ditemukan melalui metode *problem tree*, dapat diusulkan 5 alternatif solusi antara lain:

1. Meningkatkan sosialisasi/pelatihan terkait manfaat PWS

Peningkatan sosialisasi/pelatihan terkait manfaat PWS perlu dilakukan utamanya pada seluruh pengelola program imunisasi di tingkat puskesmas. Pelatihan ini dapat diberikan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota terhadap seluruh puskesmas yang ada dalam wilayah kerjanya sesuai dengan arahan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Hal yang perlu disampaikan adalah manfaat PWS yaitu mampu mengidentifikasi daftar puskesmas dan desa yang belum memenuhi target capaian imunisasi yang diharapkan, baik untuk vaksin tertentu maupun secara umum, mengidentifikasi sasaran imunisasi rutin (bayi, baduta, siswa sekolah dasar, dan wanita usia subur) yang status imunisasinya belum lengkap, serta PWS sebagai dasar untuk menentukan tindak lanjut yang akan dilakukan.

2. Meningkatkan sosialisasi/pelatihan terkait cara menganalisa PWS

Peningkatan sosialisasi/pelatihan terkait cara menganalisa PWS perlu dilakukan utamanya pada seluruh pengelola program imunisasi di tingkat puskesmas. Sosialisasi ini dapat dikemas dalam bentuk *workshop* dimana pengelola program imunisasi di tingkat puskesmas berkumpul bersama dalam suatu ruangan untuk mempelajari berbagai teknik analisa PWS dibantu oleh satu atau lebih pemateri. Hasil analisa PWS dapat disajikan dalam beberapa bentuk antara lain narasi, tabel, grafik, dan peta. Berbagai bentuk analisa ini membutuhkan keahlian terhadap *software* yang berbeda-beda, namun terdapat beberapa diantaranya yang cukup mudah dipahami seperti *microsoft excel* untuk membuat grafik dan *health mapper* untuk membuat peta.

3. Menggalang komitmen dari kepala puskesmas

Penggalangan komitmen dari seluruh kepala puskesmas perlu dilakukan untuk menyatukan persepsi antara dinas kesehatan dengan seluruh puskesmas terkait pemanfaatan PWS. Penggalangan komitmen dapat dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten kota dengan mengundang seluruh kepala puskesmas di wilayah kerjanya sesuai dengan arahan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Seluruh kepala puskesmas perlu memiliki persepsi yang sama terkait manfaat yang didapat melalui pemanfaatan data PWS yang secara tidak langsung dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Apabila kepala puskesmas telah memiliki perhatian yang tinggi terhadap hasil PWS, maka seluruh staf puskesmas akan mengikuti sikap dan arahan dari pemimpinnya. Selain itu, dapat pula diagendakan lomba bagi puskesmas yang berhasil membuat analisa atau rencana tindak lanjut PWS terbaik. Perlombaan ini berguna untuk memotivasi puskesmas dalam memanfaatkan data PWS seoptimal mungkin.

4. Membuat kesepakatan terkait pembahasan PWS dalam lokakarya mini

Padatnya pembahasan pada agenda lokakarya mini dapat disiasati dengan membuat kesepakatan berupa sesi khusus untuk pembahasan program imunisasi seperti hasil PWS, berbagai kendala yang dialami, serta rekomendasi yang dapat diberikan. Misalnya, pembahasan mengenai program imunisasi wajib dibahas pada 2 jam terakhir sebelum penutupan acara.

5. Memperjelas *job description* dari setiap staf puskesmas khususnya yang bekerja pada ranah imunisasi

Untuk menghindari tumpang tindihnya pekerjaan, setiap staf puskesmas perlu memiliki *job description* yang jelas. Selain itu, bidang sumber daya puskesmas perlu mempertimbangkan beban kerja dari masing-masing staf. Perhitungan beban kerja bermanfaat agar tidak ada staf yang menanggung beban kerja terlalu tinggi serta semua pekerjaan dapat diselesaikan dengan baik oleh staf yang memang memiliki kompetensi dalam bidang tersebut. Melalui adanya *job description* yang jelas, penanggung jawab dari kegiatan analisa hasil PWS dan pelaksanaan tindak lanjut akan lebih mudah mengatur tenaga dan waktu untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut.

BAB V**KESIMPULAN DAN SARAN****5.1 Kesimpulan**

Kesimpulan yang dapat diambil dari laporan ini adalah:

1. Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) merupakan salah satu alat pemantauan program imunisasi. Sistem PWS dapat dijabarkan dalam beberapa komponen, antara lain pengumpulan data, pengolahan data, analisis dan interpretasi data, serta diseminasi informasi.
2. Beberapa masalah yang ditemukan dalam penggunaan aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur adalah masih banyak daerah yang kesulitan mengunggah laporan karena koneksi internet yang tidak memadai, sistem otomatis pembuat grafik tidak berfungsi, ketepatan waktu data yang rendah (dibawah 50%), serta pemanfaatan data PWS yang masih rendah di tingkat puskesmas.
3. Berdasarkan penentuan prioritas masalah, didapatkan prioritas masalah adalah masih rendahnya pemanfaatan data PWS di tingkat puskesmas dengan skor tertinggi sebesar 61.
4. Berdasarkan analisis penyebab masalah, didapatkan akar penyebab masalah antara lain Kurang adanya sosialisasi/pelatihan terhadap puskesmas terkait manfaat PWS, Kurang adanya sosialisasi/pelatihan terhadap puskesmas terkait cara menganalisa PWS, Kurang adanya komitmen kepala puskesmas terhadap tindak lanjut PWS Terlalu banyak hal yang perlu dibahas dalam lokakarya mini, Beban pekerjaan puskesmas yang cukup tinggi
5. Berdasarkan penentuan alternatif solusi, didapatkan alternatif solusi antara lain Meningkatkan sosialisasi/pelatihan terkait manfaat PWS, Meningkatkan sosialisasi/pelatihan terkait cara menganalisa PWS, Menggalang komitmen dari kepala puskesmas, Membuat kesepakatan terkait pembahasan PWS dalam lokakarya mini, Memperjelas *job description* dari setiap staf puskesmas khususnya yang bekerja pada ranah imunisasi

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait laporan ini adalah:

1. Meningkatkan koordinasi dan kerjasama antara Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan dinas kesehatan kabupaten/kota dan seluruh puskesmas di wilayah Provinsi Jawa Timur
2. Melakukan sosialisasi mengenai manfaat Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) terhadap dinas kesehatan kabupaten/kota dan seluruh puskesmas di wilayah Provinsi Jawa Timur
3. Melakukan perbaikan dan pengembangan secara berkesinambungan terhadap aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) berbasis situs web di wilayah Provinsi Jawa Timur

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. *Aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Tersedia di <http://imunisasi.dinkes.jatimprov.go.id/> (Diakses: 27 Januari 2020).
- Hasdianah and Dewi, P. (2019) *Imunologi Diagnosis dan Teknik Biologi Molekuler*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Heryani, R. (2019) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.
- Kementerian Kesehatan RI (2015) *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2015 - 2019*. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2016) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas*. Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. Indonesia.
- Pemerintah Provinsi Jawa Timur (2016) *Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Provinsi Jawa Timur*. Indonesia.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (2016) *Situasi Imunisasi di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/InfoDatin-Imunisasi-2016.pdf>.
- Rukiyah, A. Y. and Yulianti, L. (2019) *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta Timur: CV Trans Info Media.

LAMPIRAN 1. Form Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG**Gambaran Penggunaan Aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Berbasis Situs****Web di Wilayah Provinsi Jawa Timur**

Nama Responden :

Petunjuk Pengisian :

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) merupakan salah satu alat pemantauan program imunisasi. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berinovasi mewujudkan sistem PWS dalam bentuk situs web. Situs ini dapat diakses pada laman <http://imunisasi.dinkes.jatimprov.go.id/>. Melalui situs web ini, pengelola program imunisasi di seluruh kabupaten/kota Provinsi Jawa Timur untuk mengunggah laporan data bulanan imunisasi bayi maksimal tanggal 10 di setiap bulannya.

| <i>Urgency</i> | <i>Seriousness</i> | <i>Growth</i> |
|---|--|--|
| Urgensi menggambarkan seberapa mendesak suatu masalah dalam kaitannya dengan waktu yang tersedia untuk menyelesaikan masalah. | Keseriusan menggambarkan seberapa serius suatu masalah dalam kaitannya dengan dampak yang ditimbulkan oleh masalah tersebut. | Perkembangan isu menggambarkan seberapa mungkin masalah tersebut berkembang menjadi lebih parah apabila tidak segera diselesaikan |
| Skor : 5 : Sangat mendesak 4 : Mendesak 3 : Cukup mendesak 2 : Tidak mendesak 1 : Sangat tidak mendesak | Skor : 5 : Sangat berdampak serius 4 : Berdampak serius 3 : Cukup berdampak serius 2 : Tidak berdampak serius 1 : Sangat tidak berdampak serius | Skor : 5 : Sangat mungkin berkembang 4 : Mungkin berkembang 3 : Cukup mungkin berkembang 2 : Tidak mungkin berkembang 1 : Sangat tidak mungkin berkembang |

Form USG

| No | Masalah | U | S | G | Total |
|----|---|---|---|---|-------|
| 1 | Masih banyak daerah yang kesulitan mengunggah laporan karena koneksi internet yang tidak memadai belum seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur memiliki akses internet yang adekuat untuk mengunggah laporan data bulanan imunisasi bayi. | | | | |
| 2 | Sistem otomatis pembuat grafik PWS tidak berfungsi Pada situs web PWS terdapat fasilitas pembuat grafik namun tidak dapat berfungsi dengan baik. Hal ini ditunjukkan dengan tidak sesuainya data yang tercantum dalam tabel grafik pencapaian imunisasi dengan tabel yang terdapat pada laporan cakupan bulanan | | | | |
| 3 | Ketepatan waktu data yang rendah (dibawah 50%) staf kabupaten/kota seringkali mengunggah laporan yang baru terisi kurang lebih sebanyak 10% (hanya terisi 1 atau 2 puskesmas). Kendala ini mengharuskan staf kabupaten/kota berkali-kali melakukan revisi serta mengunggah laporan imunisasi ke dalam sistem. | | | | |
| 4 | Pemanfaatan data PWS yang masih rendah di tingkat puskesmas. masih sangat jarang puskesmas yang menganalisis serta memanfaatkan data di situs web PWS untuk melihat daftar puskesmas dan desa yang belum mencapai target cakupan, serta mendiskusikan penyebab ketidaktercapaian cakupan imunisasi sekaligus alternatif solusi yang akan dilakukan. | | | | |

LAMPIRAN 2. Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang**Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang**

Nama : Made Nita Sintari
 NIM : 1016111331
 Tempat Magang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Seksi Surveilans dan Imunisasi)

| Tanggal | Kegiatan | Paraf Pembimbing Instansi |
|--------------------|---|---|
| Minggu ke-1 | | |
| 2 Januari 2020 | Mendengarkan pengarahan dari Bapak Gito Hartono selaku kepala seksi surveilans dan imunisasi Berkenalan dengan seluruh staf pada seksi surveilans dan imunisasi |  |
| 3 Januari 2020 | Menyusun format <i>entry</i> data untuk supervisi suportif imunisasi pada 20 puskesmas di wilayah Jawa Timur menggunakan aplikasi SPSS <i>Entry</i> data supervisi suportif imunisasi menggunakan aplikasi SPSS |  |
| Minggu ke-2 | | |
| 6 Januari 2020 | Melanjutkan <i>entry</i> data supervisi suportif imunisasi pada 20 puskesmas di wilayah Jawa Timur menggunakan aplikasi SPSS |  |
| 7 Januari 2020 | Analisis hasil supervisi suportif pada 20 puskesmas di wilayah Jawa Timur dalam tabel dan grafik menggunakan aplikasi SPSS yang kemudian dikonversi dalam bentuk <i>word</i> dan <i>power point</i> |  |
| 8 Januari 2020 | Melakukan <i>entry</i> data KLB hepatitis A di Kabupaten Jember Membuat kurva epidemiologi KLB hepatitis A di Kabupaten Jember berdasarkan hari dan minggu. Membuat distribusi pekerjaan epidemiologi KLB hepatitis A di Kabupaten Jember |  |
| 9 Januari 2020 | Melanjutkan analisis data supervisi suportif imunisasi pada 20 puskesmas di wilayah Jawa Timur menggunakan aplikasi SPSS |  |
| 10 Januari 2020 | Melakukan revisi terhadap hasil analisis data supervisi suportif imunisasi pada 20 puskesmas di wilayah Jawa Timur Membuat <i>power point</i> kurva epidemiologi KLB dan distribusi pekerjaan kasus hepatitis A di Kabupaten Jember |  |

| Minggu ke-3 | | |
|--------------------|---|--|
| 13 Januari 2020 | Analisis data pasien difteri di Jawa Timur secara umum dan yang spesifik mendapatkan ADS menurut waktu (bulan), tempat (kabupaten), dan orang (usia, jenis kelamin, dan status imunisasi) | |
| 14 Januari 2020 | Turun lapangan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk membahas solusi dan perkembangan penyelidikan kasus KLB hepatitis A | |
| 15 Januari 2020 | Menghadiri rapat dengan pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, perwakilan BPBD provinsi, perwakilan BBTKLPP, dan 12 puskesmas di Kabupaten Jember untuk membahas langkah strategis penanggulangan KLB hepatitis A Melakukan penyelidikan epidemiologi kepada 2 pasien Hepatitis A di jember | |
| 16 Januari 2020 | Menyusun peta penyebaran penyakit dengan aplikasi <i>health mapper</i> | |
| 17 Januari 2020 | Melanjutkan penyusunan peta penyebaran penyakit dengan aplikasi <i>health mapper</i> | |
| Minggu ke-4 | | |
| 20 Januari 2020 | Supervisi dari dosen pembimbing magang Melanjutkan penyusunan peta penyebaran penyakit dengan aplikasi <i>health mapper</i> | |
| 21 Januari 2020 | Penyusunan Laporan Magang (bagian latar belakang) | |
| 22 Januari 2020 | <i>Indepth interview</i> dengan Ibu Anik selaku pengelola program surveilans AFP <i>Indepth interview</i> dengan Ibu Wulan selaku staf seksi imunisasi Penyusunan laporan magang (bagian tinjauan pustaka) | |
| 23 Januari 2020 | <i>Entry data</i> KLB Keracunan Makanan di Kabupaten Blitar menggunakan aplikasi <i>Microsoft Excel</i> Penyusunan laporan magang (bagian metode kegiatan magang) | |
| 24 Januari 2020 | <i>Entry data</i> KLB Keracunan Makanan di Kabupaten Blitar menggunakan aplikasi <i>Microsoft Excel</i> Mengikuti Webinar kesiapsiagaan menghadapi Novel Corona Virus, <i>live streaming</i> bersama Kementerian Kesehatan RI dan 6 provinsi/kota lainnya di Indonesia. | |
| Minggu ke-5 | | |
| 27 Januari 2020 | <i>Indepth interview</i> dan diskusi laporan magang dengan Bapak Suradi selaku pembimbing magang. | |

| | | |
|-----------------|--|---|
| | Penyusunan laporan magang (bagian hasil dan pembahasan) | |
| 28 Januari 2020 | <i>Indepth interview</i> dengan Ibu Wiwin selaku koordinator seksi imunisasi |  |
| | Penyusunan laporan magang (bagian hasil dan pembahasan) | |
| 29 Januari 2020 | Penyusunan laporan magang (bagian hasil dan pembahasan) |  |
| 30 Januari 2020 | Penyusunan laporan magang (bagian hasil dan pembahasan) | |
| | Pengelompokan kasus AFP berdasarkan asal kabupaten/kota dan rumah sakit. |  |
| 31 Januari 2020 | Penyusunan laporan magang (bagian kesimpulan dan saran) | |
| | Berpamitan dengan staf seksi surveilans dan imunisasi. |  |

LAMPIRAN 3. Surat Permohonan Izin Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 8042/UN3.1.10/PPd/2019
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan izin magang

12 Nopember 2019

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Provinsi Jawa Timur
Jl. Ahmad Yani No. 118
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa, atas nama (terlampir).

Sebagai peserta magang di Instansi Saudara.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;
6. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
7. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
8. Yang bersangkutan.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

**DAFTAR NAMA PESERTA MAGANG
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

| No. | Nama Mahasiswa | NIM | Peminatan | Tempat Magang | Pembimbing | Pelaksanaan |
|-----|---------------------------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1. | Anugrah Lintang Indrawati | 101611133058 | Epidemiologi | Bagian Penyakit Tidak Menular | Dr. Lucia Yovita Hendrati, S.KM., M.Kes | 02 Januari 2020 s.d 31 Januari 2020 |
| 2. | Nida Luthfina | 101611133097 | | | | |
| 3. | Indria Dwi Saraswati | 101611133037 | | | | |
| 4. | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | | Bagian Surveillans | Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D | |
| 5. | Alya hanifa Rasyidi | 101611133147 | | | | |
| 6. | Made Nita Sintari | 101611133161 | | | | |
| 7. | Erren Silvia Herdiyani | 101611133045 | | Bagian Penyakit Menular | Prof. Dr., Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., MPH | |
| 8. | Elvira Revita | 101611133042 | | | | |
| 9. | Arnya Zakiah Safitri | 101611133182 | | | | |
| 10. | Tashya Angelie Tamara | 101611133035 | Administrasi & Kebijakan Kesehatan | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Ilham Aksanu Ridlo, S.KM., M.Kes | Januari s.d Februari 2020 |
| 11. | Aldila Mazaya Ghaisani | 101611133158 | | | | |
| 12. | Ana mariatul Ulfa | 101611133082 | | | | |
| 13. | Riphyana Novayanti | 101611133031 | | | | |



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

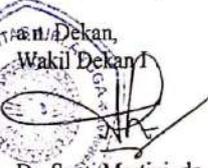
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

| No. | Nama Mahasiswa | NIM | Peminatan | Tempat Magang | Pembimbing | Pelaksanaan |
|-----|-------------------------|--------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 14. | Salsabila Naim | 1016111218 | Biostatistika | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Yuly Sulistyorini, S.KM., M.Kes | 23 Desember 2019 s.d 24 Januari 2020 |
| 15 | Nadiyah Firdaus | 101611133114 | | | | |
| 16. | Dianatul Fitri | 101611133141 | | | | |
| 17. | Ita mamlu'atul Mufidah | 101611133165 | | | | |
| 18. | Annisa Fitrah Alifia | 101611133160 | PKIP | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Riris Diana Rachmayanti, SKM., M.Kes | 6 Januari s.d. 6 Februari 2020 |
| 19. | Ferina Agustia Y. | 101611133121 | | | | |
| 20. | M. Baharrudin Wisudawan | 101611133063 | | | | |
| 21. | Putri Faradina H. | 10161113357 | | | | |
| 22. | Nabila Maliha | 101611133178 | | | | |

Surabaya, 12 Nopember 2019


 n. Dekan,
 Wakil Dekan I
 Dr. Santy Martini, dr., M.Kes.
 NIP-196609271997022001

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

**EVALUASI UPAYA PENANGGULANGAN KLB DIFTERI
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TAHUN 2019**



Oleh:

ANNISA NUR ILLAHI

NIM. 101611133191

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2020

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TANGGAL 2-31 JANUARI 2020**

Disusun Oleh:

ANNISA NUR ILLAHI

NIM. 101611133191

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

21 Februari 2020



Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D

NIP. 198601082018032001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

21 Februari 2020



Suradi, SKM., M.Kes

NIP. 196303111986031024

Mengetahui,

21 Februari 2020

Ketua Departemen Epidemiologi



Atik Choirul Hidajah, dr, M.Kes

NIP. 1968110219998022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga laporan magang dengan judul **“Evaluasi Upaya Penanggulangan KLB Difteri di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019”** dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu sebagai salah satu prasyarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan magang ini mendeskripsikan tentang pelaksanaan kegiatan Surveilans Difteri yang dilaksanakan oleh petugas surveilans Difteri di seksi Surveilans dan Imunisasi.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
2. Atik Choirul Hidajah, dr., M.kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan dosen pembimbing magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
3. Laura Navika Yamani S.Si., M.Si., Ph.D. selaku dosen pembimbing magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
4. Gito Hartono, S.KM., M. Kes. selaku Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang
5. Suradi S.KM., M.Kes. selaku pengelola bidang surveilans Difteri dan pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah membimbing selama pelaksanaan magang,
6. Teman-teman magang di seksi Surveilans dan Imunisasi yang saling mendukung dalam pelaksanaan hingga akhir penyusunan laporan magang.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan hidayah-Nya serta balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan laporan magang ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun atas kekurangan laporan magang ini. Semoga bermanfaat baik bagi diri kami sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkannya.

Surabaya, 21 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | ii |
| KATA PENGANTAR..... | iii |
| DAFTAR ISI..... | iv |
| DAFTAR GAMBAR | vi |
| DAFTAR TABEL | vii |
| DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH..... | viii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Tujuan Kegiatan | 3 |
| 1.3. Manfaat Kegiatan | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 5 |
| 2.1. Difteri | 5 |
| 2.1.1. Pengertian | 5 |
| 2.1.2. Patogenesis | 5 |
| 2.1.3. Epidemiologi..... | 6 |
| 2.1.4. Manifestasi Klinis | 7 |
| 2.1.5. Cara Penularan dan Periode Penularan..... | 9 |
| 2.1.6. Pengobatan Difteri | 9 |
| 2.1.7. Prognosis..... | 10 |
| 2.2. Kegiatan Surveilans Kesehatan | 11 |
| 2.3. Surveilans Difteri | 12 |
| 2.3.1. Pengertian | 12 |
| 2.3.2. Tujuan Surveilans Difteri | 13 |
| 2.3.3. Kegiatan Surveilans Difteri | 14 |
| 2.4. Strategi Penanggulangan KLB Difteri | 19 |
| 2.5. Identifikasi Masalah | 21 |
| 2.6. Penentuan Prioritas Masalah | 22 |
| 2.7. Analisis Penyebab Masalah..... | 22 |
| 2.8. Penentuan Alternatif Solusi..... | 23 |
| BAB III METODE KEGIATAN MAGANG..... | 25 |
| 3.1. Jenis Laporan Kegiatan Magang | 25 |
| 3.2. Metode Kegiatan Magang | 25 |
| 3.3. Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang..... | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 3.4. Teknik Analisis Data..... | 26 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 27 |
| 4.1. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur..... | 27 |
| 4.2. Gambaran Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Seksi Surveilans dan Imunisasi..... | 28 |
| 4.3. Gambaran Sistem Surveilans Difteri Mulai Dari Proses Pengumpulan, Pengolahan, Analisis, Interpretasi, dan Diseminasi Informasi..... | 29 |
| 4.4. Distribusi Penyakit Difteri di Provinsi Jawa Timur berdasarkan Waktu, Tempat..... | 33 |
| 4.5. Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah, dan Alternatif Solusi | 39 |
| 4.5.1 Identifikasi Masalah..... | 39 |
| 4.5.2 Prioritas Masalah | 45 |
| 4.5.3 Penyebab Masalah | 46 |
| 4.5.4 Alternatif Solusi..... | 48 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 49 |
| 5.1. Kesimpulan..... | 49 |
| 5.2. Saran..... | 50 |
| DAFTAR PUSTAKA | 52 |
| LAMPIRAN..... | 53 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Judul Gambar | Halaman |
|-------------|--|---------|
| Gambar 4.1 | Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur..... | 28 |
| Gambar 4.2 | Jumlah Kasus Dan Kematian Difteri Di Provinsi Jawa Timur Pada Tahun 2016-2019..... | 33 |
| Gambar 4.3 | Jumlah Kasus Difteri per Minggu Di Provinsi Jawa Timur Pada Tahun 2016-2019..... | 34 |
| Gambar 4.4 | Persebaran Kasus Difteri Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2019..... | 36 |
| Gambar 4.5 | Jumlah Kasus Difteri Berdasarkan Usia di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2019..... | 37 |
| Gambar 4.6 | Jumlah Penderita Difteri di Provinsi Jawa Timur pada Tahun 2019 Menurut Usia < 19 tahun dan >= 19 tahun..... | 38 |
| Gambar 4.7 | Jumlah Penderita Difteri di Provinsi Jawa Timur pada Tahun 2019 Menurut Jenis Kelamin..... | 40 |
| Gambar 4.8 | Trend Kasus Difteri Kompatibel Klinis dan Positif + ber ADS di Jawa Timur Tahun 2016-2019..... | 40 |
| Gambar 4.9 | Cakupan <i>Outbreak Response Immunization</i> (ORI) Difteri Putaran ke 3 di Jawa Timur..... | 41 |
| Gambar 4.10 | Presentase Cakupan <i>Outbreak Response Immunization</i> (ORI) Difteri Putaran ke 3 di Jawa Timur..... | 41 |
| Gambar 4.11 | Presentase Penderita Difteri di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2019 Menurut Status Imunisasi..... | 43 |
| Gambar 4.12 | Cakupan Imunisasi DPT 4 di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2019 | 44 |

DAFTAR TABEL

| Nomor | Judul Tabel | Halaman |
|-------|---|---------|
| 2.1 | Rekomendasi WHO untuk Dosis Antitoksin pada Tipe Difteri..... | 10 |
| 2.2 | Pemberian Antibiotik Sebagai Kemoprofilaksis..... | 14 |
| 3.1 | <i>Timeline</i> Kegiatan Magang..... | 24 |
| 4.1 | Prioritas Masalah dengan Metode USG..... | 38 |

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Daftar Arti Lambang

| | |
|-----|---------------------------|
| Avc | : Sampai dengan |
| % | : Persen |
| < | : Kurang dari |
| > | : Lebih dari |
| <= | : Kurang dari sama dengan |
| >= | : Lebih dari sama dengan |

Daftar Singkatan

| | |
|------|--|
| UPT | : Unit Pelaksana Teknis |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |
| TOGA | : Tokoh Agama |
| TOMA | : Tokoh Masyarakat |
| DPT | : Difteri Pertusis Tetanus |
| KLB | : Kejadian Luar Biasa |
| STP | : Surveilans Terpadu Penyakit |
| SKD | : Sistem Kewaspadaan Dini |
| SKDR | : Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon |
| KIPI | : Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi |
| IDL | : Imunisasi Dasar Lengkap |
| PD3I | : Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi |
| IDAI | : Ikatan Dokter Anak Indonesia |
| ADS | : Anti Difteri Serum |
| SOP | : Standar Operasional Prosedur |
| BIAS | : Bulan Imunisasi Anak Sekolah |
| ORI | : <i>Outbreak Response Immunization</i> |
| PMO | : Pemantau Minum Obat |

Daftar Istilah

| | |
|----------------------------|--|
| Booster | : Ulangan |
| Indept Interview | : Wawancara mendalam |
| Reminder Sistem | : Sistem pengingat |
| Drop Out | : Berhenti |
| <i>Feedback</i> | : Umpan balik |
| <i>Re emerging disease</i> | : Penyakit yang muncul kembali setelah lama tidak muncul |

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang adalah kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan diluar lingkungan kampus untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang di bidang peminatan epidemiologi dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik di dinas kesehatan, puskesmas, maupun rumah sakit serta instansi kesehatan. Kurikulum program magang bagi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat memberi bekal mengenai pengalaman dan ketrampilan kerja praktis serta penyesuaian sikap di dunia kerja sebelum terjun ke dunia kerja nyata (Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2019).

Tujuan dari program magang pada bidang epidemiologi adalah untuk mengenal struktur organisasi dan prosedur kerja, program pencegahan, dan penanggulangan penyakit, serta surveilans dan imunisasi yang di terapkan di tempat magang mulai mengumpulkan, mengolah, dan menganalisis data serta diseminasi informasi. Selain itu, belajar mengidentifikasi masalah kesehatan di instansi setempat, membuat prioritas masalah, menentukan alternatif pemecahan masalah serta mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan instansi (Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2019).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah salah satu unsur penyelenggara urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur. Misi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yaitu meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan. Adapun misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencakup kegiatan pencegahan, surveilans, deteksi dini baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, bencana dan imunisasi. Informasi mengenai hal tersebut telah didapatkan selama perkuliahan dan hal itulah yang menjadi dasar dalam menjadikan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai tempat magang.

Penyakit difteri merupakan penyakit yang dapat menyerang orang dengan sistem kekebalan tubuh yang rendah, terutama pada anak-anak (1-10 tahun). Penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* ini ditandai dengan adanya peradangan pada selaput saluran pernafasan bagian atas, hidung dan kulit (Kemenkes RI, 2019).

Menurut Buku Pedoman dan Penanggulangan Difteri yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI, manusia adalah satu-satunya reservoir *Corynebacterium diphtheriae*. Penularan terjadi secara droplet (percikan ludah) dari batuk, bersin, muntah, melalui alat makan, atau kontak langsung dari lesi di kulit. Tanda dan gejala berupa infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) bagian atas, adanya nyeri tenggorok, nyeri menelan, demam tidak tinggi (kurang dari 38,5° C), dan ditemui adanya pseudomembrane putih/keabu-abuan/kehitaman di tonsil, faring, atau laring yang tak mudah lepas, serta berdarah apabila diangkat. Sebanyak 94 % kasus Difteri mengenai tonsil dan faring (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Penyakit difteri hingga saat ini masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat, bahkan menjadi kasus “*re-emerging disease*” baik di nasional maupun regional khususnya di Jawa Timur. Saat ini berbagai upaya sudah dilakukan untuk menanggulangi terjadinya KLB difteri. Salah satunya dengan imunisasi. Imunisasi adalah suatu upaya untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit tertentu, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Penyakit difteri merupakan salah satu penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi. Anak yang telah diberi imunisasi akan terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya. Imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan yang terbukti paling *cost-effective* (murah), karena dapat mencegah dan mengurangi kejadian kesakitan, kecacatan, dan kematian (Kemenkes RI, 2018).

Menurut World Health Organization, kasus difteri di dunia paling tinggi terjadi di *South-East Asia Region*. India berada di urutan pertama negara dengan jumlah kasus tertinggi yakni, pada tahun 2018 sebanyak 8.788 kasus, tahun 2017 sebanyak 5.293 kasus, dan pada tahun 2016 sebanyak 3.380 kasus. Indonesia merupakan negara dengan kasus insiden difteri paling banyak kedua setelah India. Kasus difteri pada tahun 2018 sebanyak 1.206 kasus, tahun 2017 sebanyak 954 kasus, dan pada tahun 2016 sebanyak 342 kasus (World Health Organization, 2019).

Kasus difteri pada tahun 2018 menyebar di hampir semua wilayah di Indonesia. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia, jumlah kasus difteri pada tahun 2018 sebanyak 1.386 kasus, jumlah kematian sebanyak 29 kasus, dengan CFR sebesar 2,09%. Jumlah kasus difteri tahun 2018 meningkat drastis hampir dua kali lipat dibandingkan tahun 2017 (954 kasus). Namun, jumlah kematian akibat difteri menurun dari tahun 2017 (44 kasus). Berdasarkan provinsi, jumlah kasus terbanyak terdapat di Jawa Timur sebanyak 385 kasus. Sementara itu, terdapat 5 provinsi yang tidak ditemukan kasus difteri, yaitu D.I

Yogyakarta, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tengah, dan Papua Barat (Kemenkes RI, 2019).

Jawa Timur menjadi provinsi dengan kasus difteri terbanyak di Indonesia menurut Profil Kesehatan Jawa Timur. Kasus difteri di Jawa Timur dilaporkan terus meningkat yaitu 265 kasus pada tahun 2015 menjadi 345 kasus (laki-laki 187 orang dan perempuan 161 orang) pada tahun 2016 dan 6 kejadian meninggal. Pada tahun 2017 sebanyak 489 kasus dengan 16 kematian. Sedangkan pada tahun 2018 telah ditemukan kasus difteri sebanyak 695 kasus, terbanyak di Kota Surabaya yaitu 79 kasus (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2018)

Kegiatan Penanggulangan KLB difteri di provinsi Jawa Timur memiliki peranan yang penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit difteri. Berbagai upaya dalam penanggulangan KLB difteri sudah dilakukan termasuk pelaksanaan ORI 3 putaran di seluruh kabupaten/kota di provinsi Jawa Timur. Namun peningkatan kasus masih tetap terjadi. Oleh karena itu, perlu dilakukan evaluasi terhadap kegiatan upaya penanggulangan KLB difteri di provinsi Jawa Timur pada tahun 2019. Hal ini sangat penting untuk dilakukan analisis dan pemecahan masalah guna pencapaian penurunan kasus difteri di provinsi Jawa Timur.

1.2. Tujuan Kegiatan

1.2.1. Tujuan Umum

Evaluasi Upaya Penanggulangan KLB Difteri di Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mempelajari struktur organisasi dan prosedur kerja di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
2. Mempelajari program pencegahan dan penanggulangan penyakit di seksi surveilans dan imunisasi
3. Mempelajari sistem surveilans difteri mulai dari proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data, serta diseminasi informasi.

4. Mengidentifikasi permasalahan yang terjadi dalam upaya penanggulangan KLB Difteri, menentukan prioritas masalah, mencari akar penyebab masalah, dan memberikan alternatif pemecahan masalah.

1.3. Manfaat Kegiatan

1.3.1. Manfaat bagi Mahasiswa

Dapat menambah pemahaman mahasiswa terutama mengenai Evaluasi Upaya Penanggulangan KLB Difteri di lingkup Provinsi Jawa Timur tahun 2019 dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah di dapat selama proses perkuliahan.

1.3.2. Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Memperoleh informasi mengenai Evaluasi Penanggulangan KLB Difteri di lingkup Provinsi Jawa Timur tahun 2019 yang dapat digunakan sebagai studi literasi untuk pembelajaran epidemiologi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Difteri

2.1.1. Pengertian

Difteri merupakan penyakit menular akut yang disebabkan oleh *Corynebacterium Diphtheriae* pada tonsil atau laring, faring dan hidung, kadang-kadang pada selaput mukosa dan kulit. Difteri dapat menyerang orang yang tidak mempunyai kekebalan (Anggraeni, 2017). Selain itu, Penyakit Difteri adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan bakteri *Corynebacterium Diphtheriae* yang menyerang sistem pernafasan bagian atas. Penyakit ini memiliki gejala sakit leher, demam, sakit tekak. Difteri sering ditandai dengan tumbuhnya membran kelabu yang menutupi tonsil serta bagian saluran pernafasan sehingga menyebabkan sulit bernafas. Penyakit difteri pada umumnya menyerang pada anak usia 1-10 tahun, namun bisa menyerang pada usia yang lebih tua (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018).

2.1.2. Patogenesis

Corynebacterium diphtheria yang masuk ke dalam tubuh dapat berkembang biak pada mukosa saluran nafas, untuk kemudian memproduksi eksotoksin yang disebut *diphtheria toxin (dt)*. Toksin yang terbentuk tersebut kemudian dapat diserap oleh membran mukosa dan menimbulkan peradangan dan penghancuran epitel saluran nafas hingga terjadi nekrosis, leukosit akan menginfiltrasi daerah nekrosis sehingga banyak ditemukan fibrin yang kemudian akan membentuk *patchy exudate*, yang masih dapat dilepaskan. Pada keadaan lanjut akan terkumpul *fibrous exudate* yang membentuk *pseudomembrane* (membran palsu) dan semakin sulit untuk dilepas serta mudah berdarah. Umumnya *pseudomembrane* terbentuk pada area tonsil, faring, laring, bahkan bisa meluas sampai trakhea dan bronkus. Membran palsu dapat menyebabkan edema pada jaringan mukosa dibawahnya, sehingga dapat menyebabkan obstruksi saluran nafas dan kematian pada penderita difteri pernafasan. Toksin kemudian memasuki peredaran darah dan menyebar ke seluruh tubuh, terutama pada jantung dan jaringan

saraf yang memiliki banyak reseptor *dt*, serta menyebabkan degenerasi dan nekrosis pada jaringan tersebut. Bila mengenai jantung akan mengakibatkan terjadinya miokarditis dan payah jantung, sedangkan pada jaringan saraf akan menyebabkan polineuropati. Kematian biasanya disebabkan karena adanya kegagalan jantung dan gangguan pernafasan (Fitriana, 2014).

2.1.3. Epidemiologi

Corynebacterium diphtheriae sebagai penyebab penyakit difteri masih banyak tersebar di seluruh daerah di dunia, prevalensi yang masih tinggi terdapat pada daerah Asia Selatan (India, Nepal dan Banglades), Asia Tenggara (Indonesia, Filipina, Vietnam, Laos dan Papua Nugini), Sub Sahara Afrika (Nigeria), Amerika Selatan (Brazil), dan Timur Tengah (Iraq dan Afganistan). Saat pelayanan kesehatan menurun atau level vaksinasi menurun maka penyakit difteri dapat kembali seperti yang telah terjadi di beberapa bagian dunia dalam beberapa tahun terakhir (Fitriana, 2014).

Penyakit Difteri disebut sebagai kasus “*re-emerging disease*” karena merupakan penyakit yang muncul kembali setelah mengalami penurunan di masa lampau. Jawa Timur merupakan provinsi dengan kasus tertinggi penyakit difteri yang pernah terjadi pada tahun 2012 sebanyak 955 kasus dengan 37 kematian. Pada tahun 2015, kasus Difteri mengalami penurunan menjadi 265 kasus dengan 11 kematian karena Difteri. Kota Surabaya memiliki kasus terbanyak, yakni 27 kasus, diikuti Kabupaten Sidoarjo (24 kasus) dan Kabupaten Bangkalan (19 kasus). Dari tahun ke tahun di Jawa Timur jumlah penderita Difteri dilaporkan terus meningkat yaitu 265 kasus pada tahun 2015 menjadi 345 kasus pada tahun 2016 dan 6 kejadian meninggal (laki-laki 187 orang dan perempuan 161 orang). Untuk tahun 2017 telah dilaporkan 489 kasus difteri dan 16 kasus kematian yang tersebar di 9 kabupaten (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018).

Kejadian epidemi atau peningkatan kasus difteri dapat terjadi pada suatu daerah yang sebelumnya sudah dinyatakan terbebas dari difteri. Faktor risiko yang dapat menyebabkan hal tersebut terjadi adalah sebagai berikut: adanya penderita difteri atau carier yang datang dari daerah endemik difteri, terjadinya penurunan cakupan imunisasi, dan terdapat perubahan virulensi bakteri.^{7,8} Pada saat epidemi, dapat

ditemukan tingkat carrier sebesar 25-40% dari penduduk dengan pola kuman *C. diphtheriae* dari tipe gravis. Pada saat tidak terjadi epidemi maka ditemukan tingkat carrier sebesar 0,5-1,2% dari penduduk dengan pola kuman *C. Diphtheriae* dari tipe mitis (Fitriana, 2014).

2.1.4. Manifestasi Klinis

Gejala klinis difteri adalah demam $+38^{\circ}\text{C}$, sakit waktu menelan, pseudomembran putih keabu-abuan, tak mudah lepas dan mudah berdarah di faring, laring atau tonsil, leher membengkak seperti leher sapi (*bullneck*) karena terjadi pembengkakan kelenjar leher, dan sesak nafas disertai bunyi (*stridor*) (Anggraeni, 2017). Selain itu, penyakit difteri juga ditandai dengan gejala awal badan lemas, sakit tenggorok, pilek seperti infeksi saluran nafas bagian atas pada umumnya. Gejala ini dapat berlanjut adanya bercak darah pada cairan hidung, suara serak, batuk dan atau sakit menelan. Pada anak bisa terjadi air liur menetes atau keluarnya lendir dari mulut. Pada kasus berat, akan terjadi napas berbunyi (*stridor*) dan sesak napas, dengan demam atau tanpa demam. Kulit juga bisa terinfeksi kuman difteri, secara klinis luka ditutupi selaput ke abu-abuan. Komplikasi difteri dipengaruhi oleh usia kasus, kecepatan dan ketepatan pengobatan, serta strain kuman difteri. Komplikasi difteri yang sering terjadi adalah miocarditis pada minggu ke dua sakit, komplikasi lainnya bisa terjadi pada 2 – 6 minggu sakit yaitu kelumpuhan syaraf pusat dan perifer, bahkan gejala neuritis terus terjadi dalam jangka waktu yang lama meskipun penyakit difterinya sudah sembuh. Neuritis sering terjadi pada syaraf hidung yang menyebabkan perubahan suara dan cairan hidung keluar terus menerus, sedangkan pada syaraf mata menyebabkan pandangan kabur (Sarawati, 2018).

Manifestasi utama difteri adalah pada saluran nafas atas dengan disertai gejala sakit tenggorok, disfagia, limfadenitis, demam yang tidak tinggi, malaise dan sakit kepala. Membran adheren yang terbentuk pada nasofaring dapat berakibat fatal karena bisa menyebabkan obstruksi saluran nafas. Efek sistemik berat (komplikasi) meliputi miokarditis, neuritis, dan kerusakan ginjal akibat exotoksin. *C. diphtheriae* sering pada strain yang nontoksigenik karena dapat menyebabkan difteri kutaneus pada orang dengan standar higienis yang buruk dan cenderung terjadi kolonisasi (dikulit lebih sering terjadi dibandingkan faring) (Fitriana, 2014).

Gejala difteri itu sendiri dibedakan berdasarkan lokasi infeksi, bila di pernafasan maka disebut difteri pernafasan/*respiratory* yang meliputi area tonsilar, faringeal, dan nasal. Difteri pernafasan merupakan penyakit pada saluran nafas yang sangat serius, sebelum dikembangkannya pengobatan medis yang efektif, sekitar setengah dari kasus dengan gejala difteri pernafasan meninggal. Pada anak-anak yang menderita difteri ini, lokasi utama terdapat pada tenggorokan bagian atas dan bawah. Difteri lain selain difteri pernafasan adalah difteri hidung, kulit, vulvovaginal dan anal auditori eksternal. Pada difteri hidung gejala awal biasanya mirip seperti flu biasa, yang kemudian berkembang membentuk membran jaringan antara lubang hidung disertai lendir yang dapat bercampur darah. Toksin yang dihasilkan oleh difteri hidung ini tidak mudah diserap ke dalam tubuh tapi mudah menyebarkan infeksi kepada orang lain. Infeksi kulit *C.diphtheriae* relatif jarang terjadi di daerah yang secara ekonomi baik, paling sering dilaporkan pada tuna wisma dan biasanya terjadi di daerah tropis. Difteri kulit biasanya berupa ruam kulit atau terjadinya ulkus kulit yang kronis (bentuk yang paling umum), biasanya co-infeksi dengan *Staphylococcus* dan *Streptococcus* dan dapat menginfeksi luka yang sudah ada sebelumnya. Awalnya, infeksi terjadi di daerah yang terbuka, seringkali kecil, trauma dapat menyebabkan warna kemerahan dan rasa sakit, sampai akhirnya lesi terbuka. Dalam waktu singkat, luka terbuka berkembang menjadi satu inci atau lebih dan menimbulkan rasa sakit selama beberapa minggu atau lebih. Dapat ditutupi oleh pseudomembrane abu-abu atau coklat. Setelah membran lepas, luka menjadi terbuka yang berwarna merah dengan rembesan darah. Jaringan sekitarnya berubah warna dan sering ditemukan adanya cairan. Walaupun infeksi berlangsung lama tetapi relatif lebih ringan dan dapat dengan mudah diobati. Infeksi kulit dapat menularkan difteri ke saluran pernapasan pada orang yang mengalami penurunan imunitas. Orang yang terpapar difteri kulit dapat meningkatkan level imunitas alaminya terhadap infeksi difteri pernafasan. Toksin pada difteri kulit yang masuk melalui luka ke dalam jaringan dapat menimbulkan respon imun terhadap difteri, walaupun level toksin biasanya tidak cukup tinggi untuk menyebabkan kerusakan serius. Hal ini mungkin dapat menjelaskan mengapa wabah difteri biasanya terjadi di daerah beriklim sedang, dimana kasus infeksi kulit jarang terjadi sehingga level imunitas alami yang terbentuk juga rendah, hal ini terutama terjadi pada anak-anak (Fitriana, 2014).

2.1.5. Cara Penularan dan Periode Penularan

Manusia sebagai reservoir infeksi, penularan terutama terjadi karena kontak dekat dengan kasus atau carier. Penularan dari manusia ke manusia secara langsung umumnya terjadi melalui droplet (batuk, bersin, berbicara) atau yang kurang umum melalui kontak dari lesi kulit. Sedangkan secara tidak langsung melalui debu, baju, buku dan barang-barang yang terkontaminasi karena bakteri cukup resisten terhadap udara panas, suhu dingin dan kering. Masa Inkubasi penyakit difteri antara 1 – 10 hari (*Centers Disease and Control*) dengan rata-rata 2 – 5 hari (*Word Health Organization*).

Periode penularan terjadi pada Seseorang yang masih dapat menularkan penyakit sampai di atas hari ke-empat setelah terapi dengan antibiotik yang efektif dimulai. Seseorang yang tidak diterapi, penularan melalui saluran nafas dan lesi kulit masih dapat terjadi sampai 2-4 minggu setelah terinfeksi. Carier kronik jarang terjadi dan dapat bersifat menularkan sampai enam bulan lebih setelah terinfeksi (Fitriana, 2014).

2.1.6. Pengobatan Difteri

Pemeriksaan bakteriologi berlangsung beberapa hari. Jika diduga kuat difteri maka terapi spesifik dengan antitoksin dan antibiotik harus segera diberikan tanpa menunggu hasil laboratorium, terutama pemberian antitoksin difteri secepatnya. Terapi antimikroba diperlukan untuk menghentikan produksi toksin, dengan mengeradikasi mikroorganisme penyebab sehingga dapat mencegah penyebaran lebih lanjut. Pasien dengan suspek difteri, harus dilakukan tindakan pencegahan paling sedikit dengan pemberian antibiotik selama 4 hari atau sampai diagnosis difteri dapat disingkirkan (Fitriana, 2014).

1. Antitoksin Difteri

Antitoksin difteri merupakan hiperimun serum yang diperoleh dari kuda. Antitoksin hanya menetralkan toksin yang berada dalam sirkulasi sebelum terikat dengan jaringan. Pemberian yang terlambat dapat meningkatkan resiko miokarditis dan neuritis. Tes sensitivitas dapat dilakukan sebelum pemberian antitoksin difteri. Bila membran hanya terbatas pada nasal atau permukaan saja

maka Anti Difteri Serum (ADS) dapat diberikan 20.000 unit intramuskular, bila sedang maka ADS dapat diberikan sebesar 60.000 unit intramuskular, sedangkan pada membran yang telah meluas maka dapat diberikan ADS sebanyak 100.000-120.000 unit intramuskular. Berikut ini rekomendasi WHO untuk dosis antitoksin pada tipe difteri (Fitriana, 2014).

Tabel 2.1 Rekomendasi WHO untuk Dosis Antitoksin pada Tipe Difteri

| Tipe Difteri | Dosis (unit) | Cara Pemberian |
|---|---------------------|-------------------------|
| Hidung | 10.000-20.000 | Intramuskular |
| Tonsil | 15.000-25.000 | Intramuskular/Intravena |
| Faring atau Laring | 20.000-40.000 | Intramuskular/Intravena |
| Tipe campuran atau <i>Delayed Diagnosis</i> | 40.000-60.000 | Intravena |

Sumber : The Expanded Programme on Immunization in the European Region of WHO – Manual for the Management and Control of Diphtheria in the European Region

2. Antibiotik Difteri

Antibiotik pilihan adalah Eritromisin atau Penisilin. Rekomendasi pemberian adalah sebagai berikut :

- a. Penisilin prokain G 25000-50000 unit/kg/dosis (pada anak-anak), 1,2 juta unit/dosis (pada orang dewasa). Pemberian intramuskular.
- b. Eritromisin 40-50 mg/kg/dosis, maksimum dosis 2 g/dosis, terbagi 4 dosis. Pemberian peroral dan parenteral.
- c. Penisilin G 125-250 mg, 4 kali sehari intramuskular dan intravena
- d. Terapi antibiotik diberikan selama 14 hari.

2.1.7. Prognosis

Prognosis dapat tergantung pada virulensi dari bakteri yang menyerang, lokasi dan perluasan membran, status imunitas, serta kecepatan dalam mendapat pengobatan dan perawatan. Dari virulensi bakteri, biotipe gravis mempunyai prognosis yang paling buruk, sedangkan lokasi difteri pada laring dapat menyebabkan meningkatnya persentasi kematian karena difteri akibat terjadinya obstruksi saluran nafas. Pada status imunitas, prognosis akan menjadi lebih berat pada pasien yang tidak diimunisasi, sedangkan penderita

yang semakin cepat mendapat pengobatan dan perawatan maka prognosis lebih baik, untuk itu perlu juga ketepatan dalam penegakkan diagnosis, karena keterlambatan dalam pengobatan dapat meningkatkan kematian hingga 20 kali (Fitriana, 2014).

2.2. Kegiatan Surveilans Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan No 45 tahun 2014 menyatakan bahwa kegiatan surveilans kesehatan meliputi:

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara aktif dan pasif. Jenis data Surveilans Kesehatan dapat berupa data kesakitan, kematian, dan faktor risiko. Pengumpulan data dapat diperoleh dari berbagai sumber antara lain individu, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, unit statistik dan demografi, dan sebagainya. Metode pengumpulan data dapat dilakukan melalui wawancara, pengamatan, pengukuran, dan pemeriksaan terhadap sasaran. Dalam melaksanakan kegiatan pengumpulan data, diperlukan instrumen sebagai alat bantu. Instrumen dibuat sesuai dengan tujuan surveilans yang akan dilakukan dan memuat semua variabel data yang diperlukan.

2. Pengolahan data

Sebelum data diolah dilakukan pembersihan koreksi dan cek ulang, selanjutnya data diolah dengan cara perekaman data, validasi, pengkodean, alih bentuk (*transform*) dan pengelompokan berdasarkan variabel tempat, waktu, dan orang. Hasil pengolahan dapat berbentuk tabel, grafik, dan peta menurut variabel golongan umur, jenis kelamin, tempat dan waktu, atau berdasarkan faktor risiko tertentu. Setiap variabel tersebut disajikan dalam bentuk ukuran epidemiologi yang tepat (rate, rasio dan proporsi). Pengolahan data yang baik akan memberikan informasi spesifik suatu penyakit dan atau masalah kesehatan. Selanjutnya adalah penyajian hasil olahan data dalam bentuk yang informatif, dan menarik. Hal ini akan membantu pengguna data untuk memahami keadaan yang disajikan.

3. Analisis data

Analisis data dilakukan dengan menggunakan metode epidemiologi deskriptif dan/atau analitik untuk menghasilkan informasi yang sesuai dengan tujuan surveilans yang ditetapkan. Analisis dengan metode epidemiologi deskriptif dilakukan untuk mendapat gambaran tentang distribusi penyakit atau masalah kesehatan serta faktor yang mempengaruhinya menurut waktu, tempat dan orang. Sedangkan analisis dengan metode epidemiologi analitik dilakukan untuk mengetahui hubungan antar variabel yang dapat mempengaruhi peningkatan kejadian kesakitan atau masalah kesehatan. Untuk mempermudah melakukan analisis dengan metode epidemiologi analitik dapat menggunakan alat bantu statistik. Hasil analisis akan memberikan arah dalam menentukan besaran masalah, kecenderungan suatu keadaan, sebab akibat suatu kejadian, dan penarikan kesimpulan. Penarikan kesimpulan hasil analisis harus didukung dengan teori dan kajian ilmiah yang sudah ada.

4. Diseminasi informasi

Diseminasi informasi dapat disampaikan dalam bentuk buletin, surat edaran, laporan berkala, forum pertemuan, termasuk publikasi ilmiah. Diseminasi informasi dilakukan dengan memanfaatkan sarana teknologi informasi yang mudah diakses. Diseminasi informasi dapat juga dilakukan apabila petugas surveilans secara aktif terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan dan monitoring evaluasi program kesehatan, dengan menyampaikan hasil analisis.

2.3. Surveilans Difteri

2.3.1. Pengertian

Surveilans Difteri merupakan kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus berdasarkan data dan informasi tentang kejadian penyakit Difteri, serta kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit Difteri, untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan Difteri secara efektif dan efisien.

Kasus Observasi Difteri adalah seseorang dengan gejala adanya infeksi saluran pernafasan atas dan pseudomembran.

Kasus Suspek Difteri adalah seseorang dengan gejala faringitis, tonsilitis, laringitis, trakeitis, atau kombinasinya disertai demam atau tanpa demam dan adanya pseudomembran putih keabu-abuan yang sulit lepas, mudah berdarah apabila dilepas atau dilakukan manipulasi.

Deteksi dini suspek difteri dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui penemuan kasus di fasilitas kesehatan. Setiap kasus observasi difteri yang ditemukan tersebut akan dilakukan skrining oleh klinisi untuk menetapkan diagnosis suspek difteri atau bukan. Klinisi tersebut adalah spesialis Anak, Penyakit Dalam dan THT yang menjadi anggota Komite Ahli Difteri dan telah mendapat sosialisasi tentang diagnosa serta tatalaksana penyakit difteri (Sarawati, 2018).

Klasifikasi kasus difteri:

1. **Kasus konfirmasi laboratorium** adalah kasus suspek difteri dengan hasil kultur positif strain toksigenik.
2. **Kasus konfirmasi hubungan epidemiologi** adalah kasus suspek difteri yang mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus konfirmasi laboratorium.
3. **Kasus kompatibel klinis** adalah kasus suspek difteri dengan hasil laboratorium negatif, atau tidak diambil spesimen, atau tidak dilakukan tes toksigenisitas, dan tidak mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus konfirmasi laboratorium.
4. **Discarded** adalah kasus suspek difteri yang setelah dikonfirmasi oleh Ahli tidak memenuhi kriteria suspek difteri.

2.3.2. Tujuan Surveilans Difteri

1. Melakukan deteksi dini kasus difteri
2. Melakukan Penyelidikan Epidemiologi setiap suspek difteri untuk mencegah penyebaran difteri yang lebih luas.
3. Menyediakan informasi epidemiologis untuk memonitor tindakan pencegahan dan penanggulangan serta penyebaran kasus difteri di suatu wilayah
4. Sebagai evaluasi keberhasilan program imunisasi

2.3.3. Kegiatan Surveilans Difteri

Kegiatan surveilans difteri berdasarkan pedoman surveilans dan penanggulangan difteri edisi pertama tahun 2018 sebagai berikut:

1. Deteksi Dini Kasus dan Pencatatan

Penemuan kasus dilaksanakan di semua fasilitas pelayanan kesehatan baik tingkat primer sampai tingkat rujukan akhir, baik pemerintah maupun swasta. Setiap kasus observasi difteri dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan dan secara bersamaan dinas kesehatan kabupaten/kota mengkonsultasikan ke ahli untuk menegakkan diagnosis menggunakan Form DIF-6. Apabila secara klinis Ahli mendiagnosis sebagai suspek difteri, maka kasus suspek difteri tersebut harus mendapatkan perawatan sesuai dengan protokol tatalaksana kasus difteri dan diambil spesimennya sebelum diberikan antibiotik (jika memungkinkan). Selanjutnya dinas kesehatan kabupaten/kota bersama dengan Puskesmas setempat melakukan pelacakan terhadap suspek kasus difteri tersebut dengan menggunakan formulir pelacakan epidemiologi kasus difteri (Form DIF-1) dan dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan hasil pelacakan epidemiologi (Form DIF-1) ke dinas kesehatan provinsi.

2. Identifikasi kontak erat

Setiap kasus suspek difteri harus dilakukan identifikasi kontak erat. Kontak erat adalah semua orang yang pernah kontak dengan kasus suspek difteri sejak 10 hari sebelum timbul gejala sakit menelan sampai 2 hari setelah pengobatan (masa penularan), melalui percikan ludah saat berbicara/bersin/batuk dengan jarak sekitar 1 meter. Kontak erat terhadap kasus suspek difteri mempunyai potensi tertular atau menularkan apabila mengidap kuman difteri toksigenik meskipun tidak menimbulkan gejala. Oleh karena itu setiap kontak erat diberikan kemoprofilaksis/antibiotik untuk mencegah perkembangbiakan kuman dan produksi toksin tidak terbentuk. Kategori kontak erat adalah:

1. Kontak erat satu rumah: tidur satu atap

2. Kontak erat satu kamar di asrama
3. Kontak erat teman satu kelas, guru, teman bermain
4. Kontak erat satu ruang kerja
5. Kontak erat tetangga, kerabat, pengasuh yang secara teratur mengunjungi rumah
6. Petugas kesehatan di lapangan dan di RS
7. Pendamping kasus selama dirawat

Setiap kontak erat dari kasus suspek difteri harus teridentifikasi pada form DIF-1, formulir monitoring harian kontak erat minum kemoprofilaksis (Form DIF-2), dan formulir monitoring kontak erat (Form DIF-7c).

1. Monitoring timbulnya gejala sakit tenggorok sampai 10 hari yang akan datang.
2. Pemberian antibiotik sebagai kemoprofilaksis disajikan dalam bentuk tabel:

Tabel 2.2 Pemberian Antibiotik Sebagai Kemoprofilaksis

| Benzathine Penicillin IM | Dosis | Pemberian |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Anak < 5 tahun | 600.000 unit | Satu kali suntikan (dosis tunggal) |
| Anak > 5 tahun dan dewasa | 1.200.000 unit | Satu kali suntikan (dosis tunggal) |
| ATAU | | |
| Erytromicin (etil suksinat) | Dosis | Lama Pemberian |
| Anak | 50mg/kgBB/hari dalam 4 dosis | 7 hari |
| Dewasa | 4 x 500 mg/hari | 7 hari |

Sumber : Pedoman Surveilans dan Penanggulangan Difteri Edisi Pertama Tahun 2018

3. Setiap kelompok kontak erat memiliki Pemantau Minum Obat (PMO) yang bertugas memastikan obat diminum setiap hari. PMO dapat berasal dari petugas kesehatan, kader kesehatan, tokoh masyarakat, guru, dan sebaiknya tidak berasal dari keluarga.

4. Jika timbul keluhan akibat pemberian kemoprofilaksis, keluarga kasus agar segera membawa kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat.
5. Pemberian Imunisasi difteri kepada kontak erat dilakukan pada saat penyelidikan epidemiologi, sesuai umur dan status Imunisasi.
 - a. < 3 dosis atau tidak diketahui, pada anak usia:
 1. < 1 th : segera lengkapi imunisasi dasar sesuai jadwal
 2. 1 - 6 th : lengkapi imunisasi dasar (3 dosis) dan imunisasi lanjutan.
 3. ≥ 7 th : berikan 3 dosis dengan interval waktu 1 bulan antara dosis pertama dan kedua, dan 6 bulan antara dosis kedua dan ketiga.
 - b. ≥ 3 dosis, dosis terakhir > 5 tahun : Berikan 1 dosis imunisasi ulangan difteri
 - c. ≥ 3 dosis, dosis terakhir < 5 tahun :
 1. Anak yang belum mendapat imunisasi difteri dosis ke 4 : berikan dosis ke 4
 2. Anak yang sudah mendapat imunisasi difteri dosis ke 4 : tidak perlu diberikan imunisasi

3. Pelaporan dan Umpan Balik

Semua unit pelapor baik pemerintah maupun swasta, wajib melaporkan kasus difteri secara berjenjang. Pelaporan kasus difteri dilakukan sesuai dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Pelaporan 24 jam
 1. Puskesmas melaporkan kasus observasi difteri ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam kurun waktu 1 x 24 jam sejak laporan diterima menggunakan form W1 melalui mekanisme pelaporan yang ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selanjutnya dinas kesehatan kabupaten/kota atau dinas kesehatan provinsi mengkonsultasikan ke tim ahli provinsi dalam kurun waktu 1 x 24 jam sejak laporan diterima menggunakan form DIF-6.

2. Rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (Klinik Kesehatan) melaporkan kasus observasi difteri ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota setempat dalam kurun waktu 1 x 24 jam sejak laporan diterima menggunakan formulir notifikasi Rumah Sakit tentang pemberitahuan penderita suspek Difteri (Form DIF-5) melalui mekanisme pelaporan yang ditentukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota. selanjutnya dinas kesehatan kabupaten/kota atau dinas kesehatan provinsi mengkonsultasikan ke tim ahli provinsi dalam kurun waktu 1 x 24 jam sejak laporan diterima menggunakan form DIF-6.
 3. Dinas kesehatan provinsi melaporkan kasus suspek difteri yang telah diverifikasi oleh tim ahli provinsi ke pusat dalam kurun waktu 1 x 24 jam sejak laporan diterima menggunakan form W1.
- b. Pelaporan mingguan
1. Dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan setiap kasus suspek difteri ke dinas kesehatan provinsi paling lambat setiap hari Kamis di setiap minggunya menggunakan form W2 dan melampirkan form DIF-1.
 2. Dinas kesehatan provinsi melaporkan setiap kasus suspek difteri ke pusat paling lambat setiap hari Jumat di setiap minggunya dengan melampirkan form W2 dan form DIF-1.
- c. Pelaporan bulanan
1. Dinas kesehatan kabupaten/kota merekap setiap kasus suspek difteri yang sudah tercatat di form dif-1 ke formulir list kasus difteri kabupaten (form DIF-3) dan kemudian melaporkan ke dinas kesehatan provinsi paling lambat setiap tanggal 5 di setiap bulannya.
 2. Dinas kesehatan provinsi merekap setiap kasus suspek difteri yang bersumber dari form DIF-3 masing-masing Kabupaten/Kota ke formulir list

kasus difteri provinsi (form DIF-3) dan kemudian melaporkan ke pusat paling lambat setiap tanggal 15 di setiap bulannya.

4. Analisis Data

Analisa data dalam surveilans difteri dilakukan dengan tujuan untuk :

- a. Evaluasi pelaksanaan surveilans difteri
- b. Mengetahui besar masalah difteri di suatu wilayah tertentu
- c. Memahami pola penyebaran dan gambaran epidemiologi difteri
- d. Memantau keberhasilan upaya pencegahan dan penanggulangan yang telah dilakukan
- e. Menentukan strategi intervensi serta menyusun rencana upaya pencegahan dan penanggulangan lebih lanjut.

Analisa data kasus difteri tingkat provinsi dan kabupaten dilakukan menurut variabel waktu, tempat dan orang.

5. Pemeriksaan dan Jejaring Laboratorium

Dalam kegiatan surveilans difteri pemeriksaan laboratorium diperlukan untuk menentukan klasifikasi kasus. Spesimen kontak erat dapat diperiksa jika diperlukan sesuai kajian epidemiologi.

Jejaring Laboratorium Difteri terdiri dari :

- a. Laboratorium Daerah
- b. Laboratorium rujukan nasional

6. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dilakukan di setiap tahap kegiatan surveilans epidemiologi difteri mulai penemuan kasus, pelacakan dan tindak lanjut, untuk mengetahui :

- a. Sensitifitas penemuan kasus suspek difteri
- b. Kualitas pengambilan dan pengiriman spesimen
- c. Kualitas pelacakan kasus dan kontak erat
- d. Kualitas pemberian kemoprofilaksis terhadap kontak erat
- e. Kualitas tatalaksana kasus

- f. Kualitas pelaksanaan program Imunisasi (tren cakupan Imunisasi rutin, cakupan ORI, manajemen rantai vaksin dan KIPI)
- g. Kualitas Pencatatan dan Pelaporan

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui keberhasilan intervensi yang sudah dilakukan dan identifikasi dini daerah risiko tinggi untuk diintervensi lebih lanjut, dapat dilakukan 3 – 6 bulan sekali. Dalam evaluasi melibatkan lintas program (Imunisasi, surveilans, promkes, perencanaan) dan lintas sektor terkait (rumah sakit, klinisi, Pemda, Bappeda, dll).

2.4. Strategi Penanggulangan KLB Difteri

Penanggulangan KLB difteri berdasarkan pedoman surveilans dan penanggulangan difteri edisi pertama tahun 2018 dilakukan untuk mencegah penyebaran KLB difteri pada area yang lebih luas dan menghentikan KLB melalui kegiatan:

1. Penyelidikan Epidemiologi KLB Difteri

Penyelidikan epidemiologi dilakukan dalam waktu 2 x 24 jam setelah ditemukan kasus suspek difteri di suatu wilayah.

Tujuan Penyelidikan Epidemiologi adalah :

- a. Memastikan kasus yang dilaporkan memenuhi definisi suspek difteri dan mendapat pengobatan adekuat.
- b. Menentukan luas wilayah terjangkau melalui identifikasi kasus suspek difteri tambahan
- c. Identifikasi kontak erat kasus suspek difteri
- d. Mendapatkan informasi epidemiologis untuk melakukan penanggulangan dan pengendalian KLB difteri. Informasi epidemiologi yang dibutuhkan adalah :
 - 1. Cakupan Imunisasi rutin difteri pada periode tertentu untuk perkiraan kelompok rentan berdasarkan geografi, kelompok umur, dan jenis kelamin.
 - 2. Distribusi kasus difteri pada periode tertentu meliputi: geografi, kelompok umur, jenis kelamin, dan status Imunisasi.

2. Pencegahan penyebaran KLB difteri

a. Perawatan dan pengobatan kasus suspek difteri secara adekuat

Penyakit difteri mudah menular melalui percikan ludah, bisa menimbulkan komplikasi yang berat dan bisa berakibat fatal. Oleh karena itu setiap suspek difteri dirujuk ke Rumah Sakit untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan sesegera mungkin. Setiap kasus suspek difteri dirawat di Rumah Sakit terpisah dengan kasus lainnya dan membatasi secara ketat pengunjung untuk menghindari penularan. Pengobatan dengan antibiotik dan antitoxin dengan dosis sesuai umur/BB dan kondisi kasus dibawah pengawasan dokter. Kasus difteri yang telah selesai pengobatan dengan antibiotik dan antitoxin, diberikan imunisasi dengan jenis vaksin sesuai umur sebanyak 3 dosis. Dosis pertama pada satu bulan setelah pemberian antitoxin, dosis-2 diberikan dengan jarak satu bulan dari dosis-1, dan dosis-3 pada 6 bulan kemudian.

b. Penemuan dan pengobatan kasus tambahan

1. Pencarian kasus tambahan dilakukan secara aktif dengan cara mengunjungi rumah – tetangga di sekitar tempat tinggal kasus kira-kira radius 50 m (WHO, 2017), dan sekolah – kelas, asrama – kamar, tempat kerja – ruang kerja yang merupakan tempat aktifitas kasus selama masa inkubasi terpanjang yaitu 10 hari sebelum sakit sampai 2 hari setelah mendapat pengobatan difteri.
2. Kontak erat kasus yang mempunyai gejala sakit menelan dengan atau tanpa demam, dengan atau tanpa pseudomembran, maka dirujuk ke Puskesmas atau Rumah Sakit untuk memastikan diagnosis dan mendapat perawatan serta pengobatan yang cepat dan tepat.

c. Tatalaksana kontak erat

Tatalaksana kontak sangat penting untuk memutuskan rantai penularan dan dilakukan sesuai standar dan prosedur.

3. Edukasi tentang difteri dan pencegahannya terhadap masyarakat

a. Pengenalan tanda awal difteri

- b. Segera ke pelayanan kesehatan bila ada tanda dan gejala nyeri tenggorok, serta menggunakan masker baik keluarga maupun kasus dan mengurangi kontak erat dengan orang lain.
- c. Jika masyarakat menduga mempunyai gejala difteri, sarankan ke mana harus dirujuk.
- d. Melakukan kebersihan diri yaitu mencuci tangan bagi setiap yang mengunjungi kasus/pasien maupun keluarga.
- e. Keluarga pasien disarankan berkonsultasi kepada petugas kesehatan untuk mendapatkan Imunisasi difteri di Puskesmas atau pelayanan Imunisasi lainnya dan jelaskan pentingnya Imunisasi rutin lengkap untuk mencegah difteri.

4. Outbreak Response Immunization (ORI)

- a. ORI dilaksanakan setelah dilakukan kajian epidemiologi. Luas wilayah ORI adalah satu kab/kota tetapi jika tidak memungkinkan karena sesuatu hal maka ORI minimal dilakukan satu kecamatan. Jadwal ORI 3 kali dengan interval 0-1-6 bulan, tanpa mempertimbangkan cakupan imunisasi di wilayah KLB.
- b. Jenis vaksin yang digunakan tergantung kelompok umur sebagai berikut :
 1. anak usia 1 - < 5 tahun menggunakan vaksin DPT-HB-Hib,
 2. anak usia 5 - <7 tahun menggunakan vaksin DT
 3. anak usia ≥ 7 tahun menggunakan vaksin Td
- c. Pelaksanaan ORI diperlukan persiapan yang komprehensif agar hasilnya efektif dan optimal, persiapan meliputi:
 1. Logistik (vaksin & alat suntik) serta distribusi sampai ke lapangan
 2. SDM sebagai pelaksana di lapangan dan supervisor
 3. Mobilisasi sasaran
- d. Untuk dapat memberikan kekebalan komunitas yang optimal maka cakupan ORI harus mencapai minimal 90%.

2.5. Identifikasi Masalah

Peraturan Menteri Kesehatan RI no 44 tahun 2016 menyatakan bahwa identifikasi masalah dilaksanakan dengan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut jenis upaya, target, pencapaian, dan masalah yang ditemukan. Masalah adalah kesenjangan antara

harapan dan kenyataan. Masalah dirumuskan berdasarkan prinsip 5W1H (*What, Who, When, Where, Why and How*/Apa masalahnya, siapa yang terkena masalahnya, kapan masalah itu terjadi, dimana masalah itu terjadi, kenapa dan bagaimana masalah itu terjadi).

2.6. Penentuan Prioritas Masalah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, metode USG merupakan salah satu alat yang dapat digunakan untuk menyusun urutan prioritas masalah yang harus diselesaikan dan untuk mengurangi tingkat subjektivitas dalam menentukan masalah prioritas, maka perlu menetapkan kriteria untuk masing-masing unsur USG tersebut. Misalnya penggunaan skor 1 – 5 atau 1 – 10. Semakin tinggi tingkat urgensi, serius, atau pertumbuhan masalah tersebut, maka semakin tinggi skor untuk masing-masing unsur tersebut. Isu dengan skor tertinggi merupakan isu masalah yang menjadi prioritas. Untuk lebih jelasnya, pengertian *urgency*, *seriousness*, dan *growth* dapat diuraikan sebagai berikut (Kotler dkk, 2001):

- a. *Urgency*: Seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dan dihubungkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu tuntut memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi.
- b. *Seriousness*: Seberapa serius isu perlu dibahas dan dihubungkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila dibandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri.
- c. *Growth*: Seberapa kemungkinan-kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan.

2.7. Analisis Penyebab Masalah

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 44 tahun 2016 menyatakan bahwa setelah ditentukan masalah yang menjadi prioritas, selanjutnya dicari akar penyebab dari masalah tersebut. Salah satu metode yang dapat digunakan dalam mencari akar penyebab masalah

yaitu : Diagram sebab akibat dari Ishikawa (diagram tulang ikan/*fishbone*). Langkah-langkah penyusunannya meliputi:

- a. Tuliskan “masalah” pada bagian kepala ikan.
- b. Buat garis horizontal dengan anak panah menunjuk ke arah kepala ikan.
- c. Tetapkan kategori utama dari penyebab.
- d. Buat garis dengan anak panah menunjuk ke garis horizontal.
- e. Lakukan *brainstorming* (curah pendapat) dan fokuskan pada masing-masing kategori.
- f. Setelah dianggap cukup, dengan cara yang sama lakukan untuk kategori utama yang lain.
- g. Untuk masing-masing kemungkinan penyebab, coba membuat daftar sub penyebab dan letakkan pada cabang yang lebih kecil.
- h. Setelah semua ide/pendapat dicatat, lakukan klarifikasi data untuk menghilangkan duplikasi ketidaksesuaian dengan masalah.

Perlu diperhatikan:

- a. *Fishbone* diagram hanya menggambarkan tentang kemungkinan suatu penyebab, bukan fakta/penyebab yang sesungguhnya, untuk itu diperlukan konfirmasi dengan data untuk memastikannya.
- b. Efek (masalah) perlu diidentifikasi dan dipahami dengan jelas sehingga tidak terjadi kerancuan dalam mencari kemungkinan penyebabnya.
- c. Alat ini merupakan cara terbaik untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab secara terfokus sehingga dapat dihindari kemungkinan terlewatnya penyebab.
- d. Pastikan bahwa setiap anggota tim dapat terlibat secara penuh dalam proses penyusunan *fishbone* diagram.

2.8. Penentuan Alternatif Solusi

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 44 tahun 2016 menyatakan bahwa cara untuk menetapkan pemecahan masalah dapat dilakukan dengan kesepakatan antara anggota tim dengan didahului *brainstorming* (curah pendapat). Bila tidak terjadi kesepakatan dapat digunakan tabel cara pemecahan masalah. *Brainstorming* (curah pendapat) dilaksanakan untuk membangkitkan ide/gagasan/pendapat tentang suatu topik atau masalah tertentu dari

setiap anggota tim dalam periode waktu yang singkat dan bebas dari kritik. Manfaat dari *brainstorming* adalah untuk :

- a. Mendapatkan ide/pendapat/gagasan sebanyak-banyaknya
- b. Pengembangan kreatifitas berpikir dari anggota tim
- c. Memacu keterlibatan seluruh peserta (anggota tim)

Tipe *brainstorming*:

- a. Terstruktur, tiap anggota tim menyampaikan ide/gagasan bergiliran.
- b. Tidak terstruktur, tiap peserta yang mempunyai ide/gagasan dapat langsung menyampaikannya.

BAB III

METODOLOGI KEGIATAN MAGANG

3.1. Jenis Laporan Kegiatan Magang

Jenis laporan kegiatan magang ini adalah studi observasional deskriptif. Dimana kegiatan yang dilakukan adalah melakukan pengamatan dan menggambarkan kondisi penyakit difteri serta evaluasi terhadap upaya penanggulangan KLB difteri di Provinsi Jawa Timur tahun 2019 yang kemudian disusun menjadi sebuah laporan.

3.2. Metode Kegiatan Magang

Metode kegiatan magang meliputi:

- a. Ceramah yaitu mendengarkan ceramah berupa penjelasan dari pembimbing terkait Surveilans dan Imunisasi. Ceramah dilakukan dengan tatap muka secara langsung.
- b. Diskusi dan Tanya Jawab yaitu peserta magang melakukan diskusi dengan koordinator magang instansi, pembimbing magang instansi, dan penanggung jawab program terkait permasalahan terjadinya KLB difteri.
- c. Partisipasi Aktif yaitu ikut serta dalam pelaksanaan kegiatan magang meliputi penyelidikan epidemiologi, pengolahan dan analisis data, serta mempelajari data sekunder untuk penyusunan laporan magang.

3.3. Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang

3.3.1. Lokasi Magang

Lokasi magang di kantor Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, yang terletak di Jalan Ahmad Yani No.118 Surabaya. Pelaksanaan magang di bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) khususnya seksi Surveilans dan Imunisasi.

3.3.2. Waktu Pelaksanaan Magang

Waktu pelaksanaan magang adalah selama 4 minggu, yaitu mulai tanggal 2 Januari sampai 31 Januari 2020. Adapun jadwal magang sesuai dengan jam kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada umumnya yaitu mulai pukul 07.00-15.30 WIB pada hari Senin-Kamis, dan pukul 07.00-14.30 WIB pada hari Jum'at. Pelaksanaan magang dilaksanakan di Seksi Surveilans dan Imunisasi. Berikut adalah jadwal magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur :

Tabel 3.1 *Timeline* Kegiatan Magang

| Kegiatan | Minggu ke-Kegiatan | | | | |
|--|--------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pelaksanaan magang | | | | | |
| Pengumpulan data | | | | | |
| Pengolahan data, identifikasi masalah, prioritas masalah | | | | | |
| Penentuan penyebab masalah dan alternatif solusi | | | | | |
| Supervisi pembimbing | | | | | |
| Pembuatan Laporan Magang | | | | | |
| Seminar Hasil Laporan Magang | | | | | |

3.4. Teknik Analisis Data

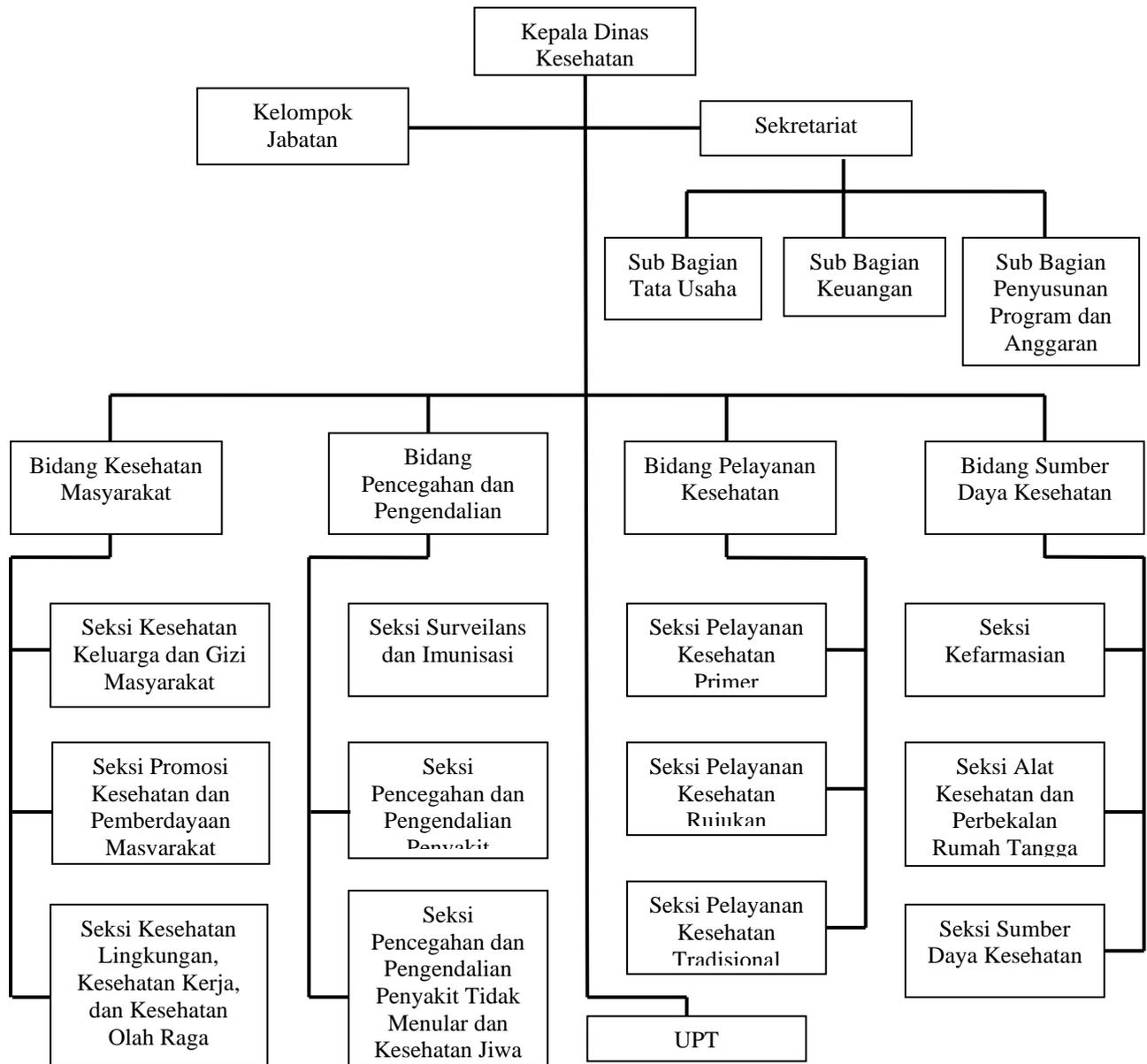
Data yang terkumpul dianalisis menggunakan cara deskriptif yaitu berupa grafik dan gambaran mengenai situasi dan permasalahan terjadinya KLB Difteri di Provinsi Jawa Timur tahun 2019. Sedangkan proses penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG dan menggambarkan penyebab masalah menggunakan metode *fishbone*. Penyajian data dilakukan dengan pembuatan laporan serta disampaikan dengan melakukan presentasi saat seminar hasil.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut:



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai salah satu dari penyelenggara pembangunan kesehatan mempunyai visi : **”Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat”**. Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi dimana masyarakat Jawa Timur menyadari, mau, dan mampu untuk mengenali, mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan karena penyakit termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat.

Berdasarkan Visinya, Dinas Kesehatan Provinsi, mempunyai misi pembangunan kesehatan di Jawa Timur yaitu :

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
3. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.
4. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.
5. Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan.

4.2. Gambaran Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Seksi Surveilans dan Imunisasi

Tugas pokok seksi Surveilans dan Imunisasi adalah :

- a. Menyiapkan bahan penyusunan perencanaan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- b. Menyiapkan bahan rumusan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- d. Menyiapkan bahan rumusan pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- e. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan sosialisasi kebijakan, pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa

- f. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- g. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas sektor tentang program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- h. Menyiapkan bahan pelaksanaan pemantauan, evaluasi dan pelaporan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- i. Menyiapkan bahan pelaksanaan bimbingan dan pengendalian faktor risiko, pendayagunaan sumber daya dan fasilitasi pelayanan kesehatan haji dan
- j. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

Diantara program yang terdapat di seksi surveilans dan imunisasi adalah : program imunisasi, kesehatan haji, surveilans AFP, surveilans campak, SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon), Surveilans Terpadu Penyakit, dan SKD KLB.

4.3. Gambaran Sistem Surveilans Difteri Mulai Dari Proses Pengumpulan, Pengolahan, Analisis, Interpretasi, dan Diseminasi Informasi

1. Pengumpulan Data

Alur proses pengumpulan data kasus difteri diperoleh dari laporan puskesmas, rumah sakit, maupun fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang melaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota dalam waktu 24 jam melalui SMS, WA, atau telfon dengan disertai foto timbulnya pseudomembran. Kemudian dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan ke dinas kesehatan provinsi juga dalam waktu 24 jam melalui SMS, WA, atau telepon dengan disertai foto timbulnya pseudomembran dan mengkonsultasikan ke tim ahli provinsi untuk menyatakan bahwa kasus yang ditemukan merupakan kasus yang benar-benar suspek difteri. Kemudian dilakukan penyelidikan epidemiologi pada kasus oleh petugas puskesmas dan petugas surveilans kabupaten/kota menggunakan form dif-1. Hasil dari penyelidikan epidemiologi (form dif-1) dilaporkan ke dinas kesehatan provinsi Jawa timur setiap minggunya dengan menggunakan form W2 dan melampirkan form dif-1. Namun dalam pelaksanaannya masih ada beberapa kabupaten/kota yang terlambat dan belum melaporkan hasil penyelidikan epidemiologi (form dif-1) ke dinas kesehatan provinsi Jawa Timur, sehingga pihak provinsi harus *memfollow-up* kembali dan mengingatkan dinas kesehatan kabupaten/kota untuk segera melaporkan hasil PE yang telah dilakukan. Selain itu, pengumpulan data juga dapat diperoleh dari laporan bulanan STP KLB yang dilaporkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota ke dinas kesehatan

provinsi Jawa Timur. Semua laporan dari masing-masing dinas kesehatan kabupaten/kota dientry dan direkapitulasi dalam satu file.

a. Jenis data

Jenis data yang dibutuhkan dalam surveilans difteri sudah ada didalam form penyelidikan epidemiologi difteri yaitu form dif-1. Data yang dikumpulkan meliputi:

- 1). Tanggal laporan, tanggal lacak dan sumber laporan
- 2). Identitas penderita (nama, umur, jenis kelamin, tempat dan tanggal lahir, nama kepala keluarga, alamat lengkap, pendidikan/sekolah, nama dan alamat sekolah, pekerjaan)
- 3). Riwayat penyakit (tanggal mulai sakit, gejala yang timbul, tindakan yang dilakukan setelah gejala timbul, yang mendiagnosis difteri)
- 4). Status imunisasi (DPT 1, DPT 2, DPT 3, Booster, DT, Td, tempat imunisasi, sumber imunisasi)
- 5). Pemeriksaan fisik (keadaan umum, adanya epistaksis, *bullneck*, *stridor*, *pseudomembrane*, kelainan jantung, kelainan lain)
- 6). Diagnosis klinis (difteri laring, tonsil, faring, lainnya)
- 7). Pemeriksaan bakteriologis (tanggal pengambilan spesimen, jenis pemeriksaan, jenis spesimen, hasil pemeriksaan)
- 8). Pengobatan yang telah diberikan (pemberian ADS, antibiotik, dll)
- 9). Keadaan penderita (sembuh, meninggal, pulang paksa, sakit)
- 10). Kontak kasus (jenis kontak erat yang meliputi kontak rumah, kontak sekolah, kontak tetangga, kontak bermain, jumlah kontak yang di profilaksis, jumlah kontak yang diambil sampelnya, jumlah hasil lab kontak)
- 11). Populasi rentan (jumlah populasi rentan berdasarkan golongan umur <3 tahun, 3-7 tahun, 7-15 tahun, dan >15 tahun)
- 12). Sumber penularan (kemungkinan penderita bepergian ke daerah lain atau ada tamu yang datang dan kontak dengan penderita kurang lebih 2 minggu sebelum penderita sakit)
- 13). Cakupan imunisasi desa (DPT3 dan BIAS DT)

b. Sumber data

Sumber data yang diperoleh dinas kesehatan provinsi Jawa Timur berasal dari laporan W1 dinas kesehatan kabupaten/kota yang didahului dengan SMS, WA, atau telepon. Selain itu juga diperoleh dari form dif-1 dari hasil penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.

c. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data penyakit difteri di dinas kesehatan provinsi Jawa Timur dilakukan secara aktif dan pasif. Dilakukan secara pasif yaitu dengan memperoleh laporan dari dinas kesehatan kabupaten/kota. Dinas kesehatan provinsi memantau dan mengamati setiap ada perkembangan atau perubahan yang terjadi pada kasus. Jika terjadi kematian atau peningkatan yang drastis pada kasus di suatu kabupaten/kota tertentu, maka dinas kesehatan provinsi Jawa Timur melakukan pengumpulan data secara aktif yaitu dengan melakukan penyelidikan epidemiologi secara langsung ke lapangan dengan dibantu dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas untuk mencari akar penyebab dari kasus. Selain itu, pengumpulan data secara aktif juga dilakukan dengan mengunjungi rumah sakit untuk memperoleh data kasus yang tidak dilaporkan.

d. Petunjuk teknis atau SOP

Petunjuk teknis atau SOP surveilans difteri tidak ada, namun sudah terdapat pedoman khusus untuk surveilans difteri. Dan pada tahun 2018 ada pedoman terbaru yaitu pedoman surveilans dan penanggulangan difteri edisi 2018 yang dikeluarkan oleh subdit surveilans direktorat surveilans dan karantina kesehatan. Pedoman ini dapat digunakan sebagai panduan teknis dan acuan bagi petugas surveilans di daerah dalam melakukan kegiatan surveilans dan penanggulangan difteri.

2. Pengolahan Data

Dinas kesehatan provinsi Jawa Timur dalam melakukan pengolahan data difteri dengan menggunakan aplikasi *microsoft excel*. Pengolahan data dilakukan berdasarkan Waktu, Tempat, Orang. Selain itu juga dilakukan pengolahan data sesuai dengan permintaan, seperti berdasarkan status imunisasi, pemberian profilaksis, pemberian ADS dan lain-lain.

3. Analisis dan Interpretasi Data

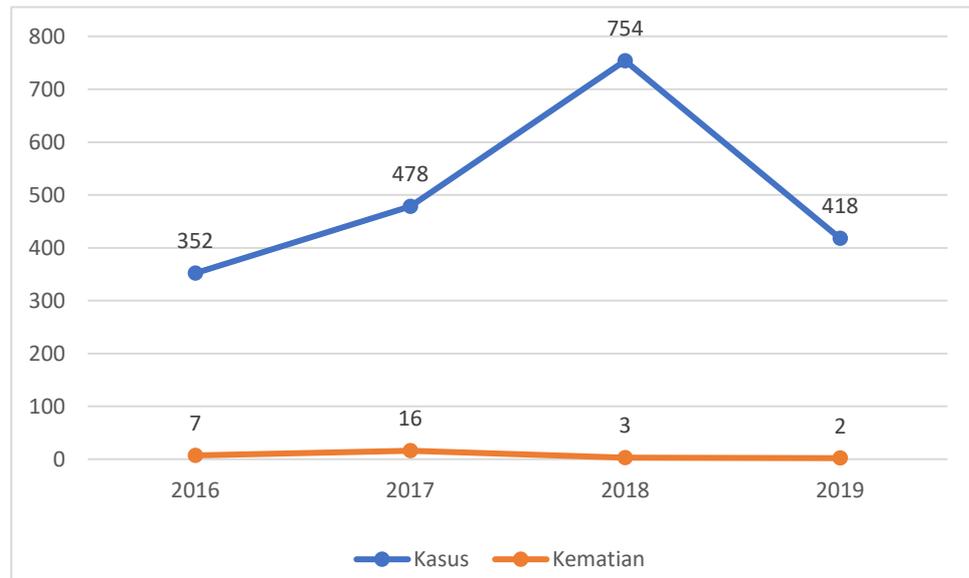
Dinas kesehatan provinsi Jawa Timur melakukan analisis data difteri secara deskriptif, yaitu untuk mendapatkan gambaran tentang distribusi penyakit dan faktor yang mempengaruhinya berdasarkan waktu, tempat, dan orang. Kemudian hasil dari analisis disajikan dalam bentuk tabel dan grafik. Analisis data dilakukan dengan menggunakan *microsoft excel*. Setelah dilakukan analisis, barulah dilakukan interpretasi data yaitu dengan memberikan pemaknaan dari hasil analisis yang telah disajikan. Sehingga dari hasil interpretasi data tersebut dapat diambil suatu kesimpulan yang nantinya dapat dijadikan sebagai rekomendasi untuk mengevaluasi upaya penanggulangan KLB Difteri.

4. Diseminasi Informasi

Diseminasi informasi atau penyebaran informasi dinas kesehatan provinsi Jawa Timur dilakukan setelah hasil analisis dan interpretasi data diketahui, yaitu melalui suatu pertemuan, pelaporan ke gubernur, memberikan *feedback* secara mingguan ke dinas kesehatan kabupaten/kota, dan pembuatan profil setiap satu tahun sekali. Sasaran dari diseminasi informasi adalah pemangku kepentingan, tim ahli, gubernur, dan pusat.

4.4. Distribusi Penyakit Difteri di Provinsi Jawa Timur berdasarkan Waktu, Tempat, dan Orang

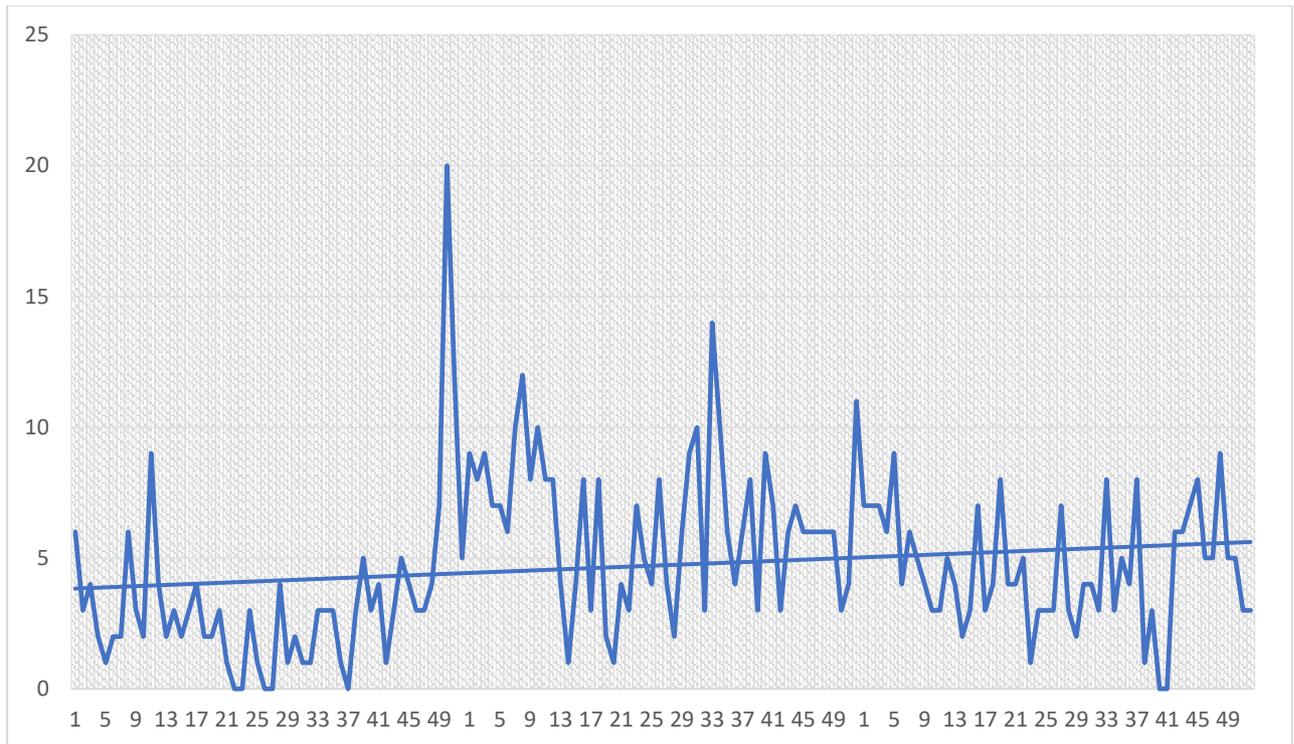
1. Berdasarkan Waktu



Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.2 Jumlah Kasus dan Kematian Difteri Di Provinsi Jawa Timur Pada Tahun 2016-2019

Berdasarkan gambar 4.2 diketahui bahwa jumlah kasus Difteri di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2016-2019 cenderung mengalami peningkatan. Bahkan di tahun 2018 mengalami peningkatan yang drastis. Namun angka kematian dari tahun 2016-2019 cenderung fluktuatif, yaitu mengalami peningkatan pada tahun 2017 dengan 16 kematian dan menurun drastis pada tahun 2018 hanya 3 kematian kemudian pada tahun 2019 menjadi 2 kasus kematian. Ini disebabkan karena kecepatan dalam penemuan kasus difteri. Sehingga kasus yang ditemukan dapat segera terobati dan tidak sampai menyebabkan kematian. Namun dari kasus yang terobati masih dapat menularkan penyakit difteri kepada orang yang kontak erat dengan kasus, sehingga kasus masih mengalami peningkatan drastis.



Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

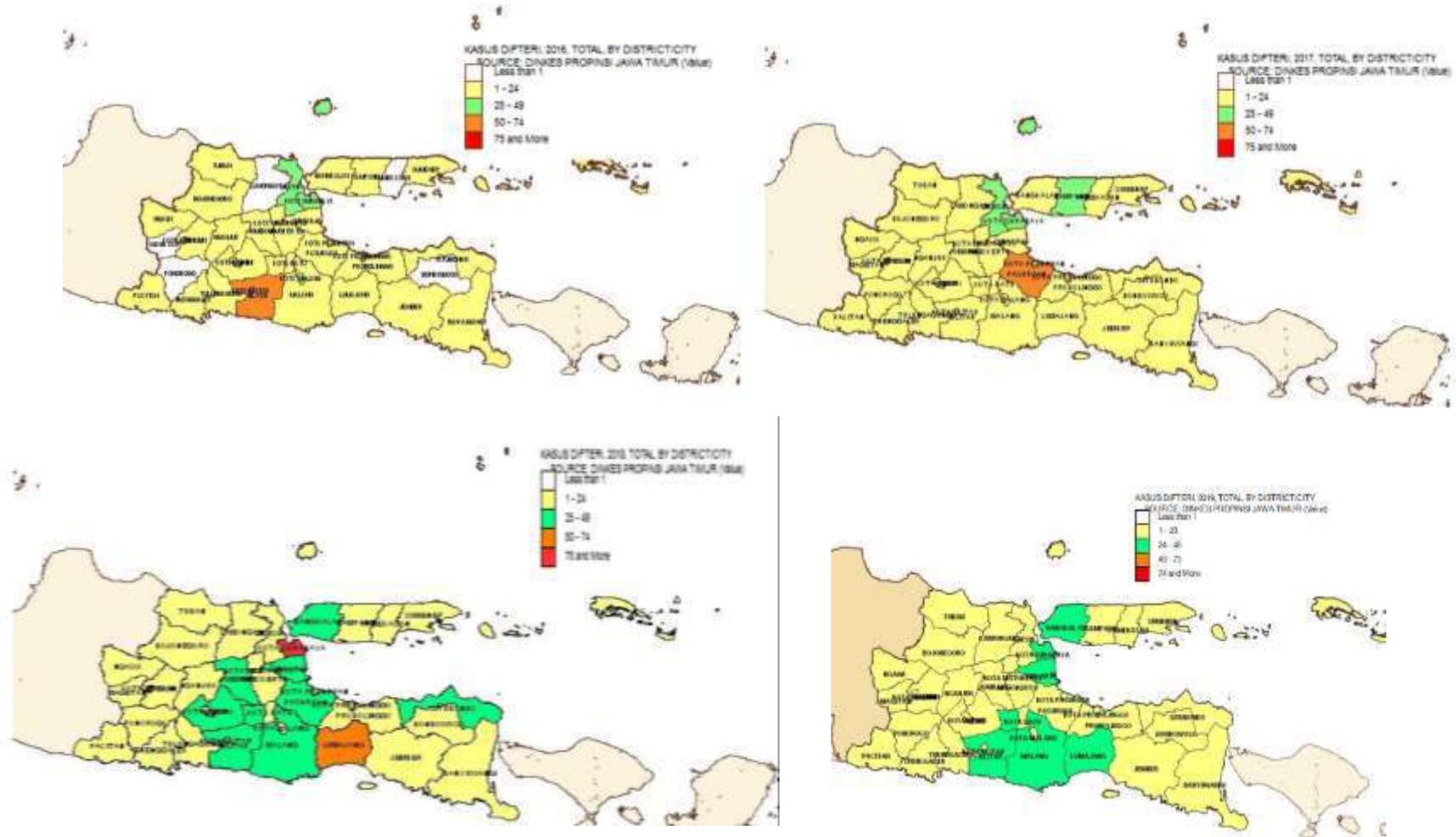
Gambar 4.3 Trend Kasus Difteri Positif Toxigenik dan ber ADS Per Minggu di Provinsi Jawa Timur Pada Tahun 2017-2019

Berdasarkan gambar 4.3 diketahui bahwa jumlah kasus Difteri di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2016-2019 menurut minggu mengalami peningkatan. Hal tersebut bisa dilihat dari garis yang menunjukkan kenaikan. Kasus tertinggi pada minggu ke 50 tahun 2017 dengan 20 kasus, kemudian minggu ke 33 tahun 2018 dengan 14 kasus. Kasus difteri yang terkonfirmasi positif toksigenik dan ber ADS cenderung meningkat.

2. Berdasarkan Tempat

Persebaran kasus difteri dari tahun 2016-2019 di provinsi Jawa Timur mengalami peningkatan. Pada tahun 2016 kasus difteri menyebar di 33 kabupaten/kota, namun pada tahun 2017 hingga 2018 kasus difteri sudah menyebar ke seluruh kabupaten/kota yang ada di provinsi Jawa Timur. Pada tahun 2016 kasus difteri tertinggi terjadi di kabupaten Blitar dengan jumlah 57 kasus, sedangkan pada tahun 2017 kasus difteri tertinggi terjadi di kabupaten Pasuruan dengan jumlah 52 kasus, dan pada tahun 2018 puncaknya kasus difteri terjadi di kota Surabaya dengan jumlah 77 kasus. Sedangkan untuk tahun 2019, kasus difteri terjadi paling tinggi yakni di Bangkalan

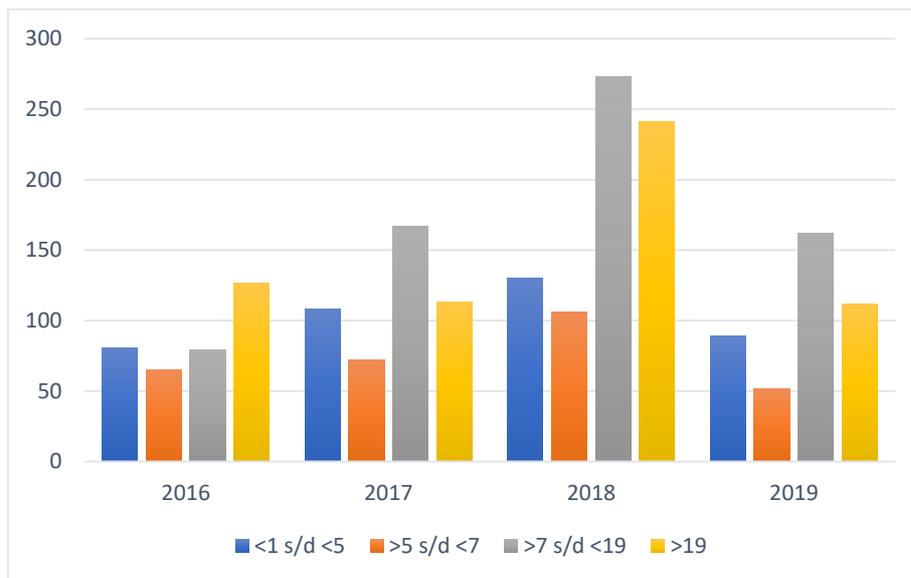
dengan jumlah kasus 34. Berikut gambar persebaran kasus difteri di kabupaten/kota yang ada di provinsi Jawa Timur tahun 2016-2019.



Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.4 Persebaran Kasus Difteri Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2019

3. Berdasarkan Orang

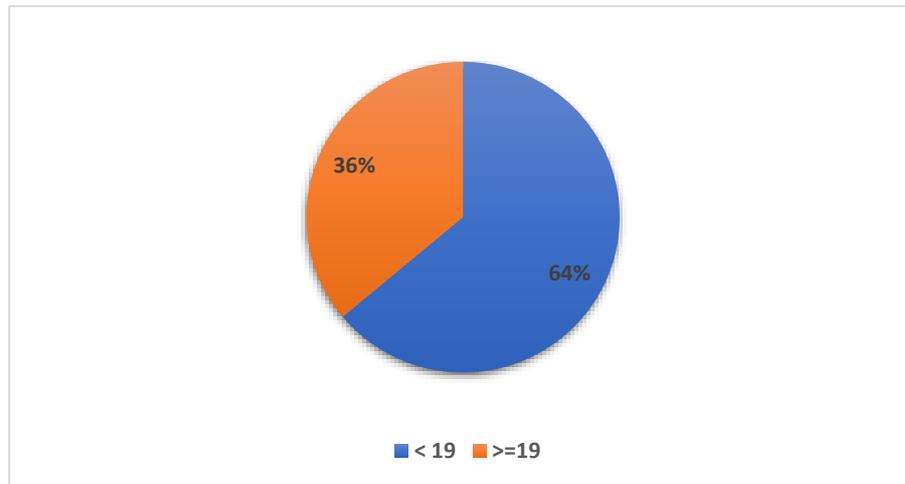


Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.5 Jumlah Kasus Difteri Berdasarkan Usia Di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2019

Berdasarkan gambar 4.5 diketahui bahwa jumlah kasus Difteri berdasarkan usia di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2016-2019 mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia, yaitu pada usia 1-9 tahun. Dimana pada usia tersebut *titer antibodi* anak mengalami penurunan, sehingga di perlukan imunisasi booster (ulangan). Kemudian pada usia 10-14 tahun mengalami penurunan. Namun pada usia lebih dari 14 tahun mengalami peningkatan kembali. Seiring bertambahnya tahun, persebaran penyakit difteri pada tahun 2019 lebih banyak mulai menyerang usia remaja. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aswad dan Shubair (2009), menunjukkan bahwa pertambahan usia akan meningkatkan risiko terkena penyakit difteri bila tidak adanya imunisasi ulangan.

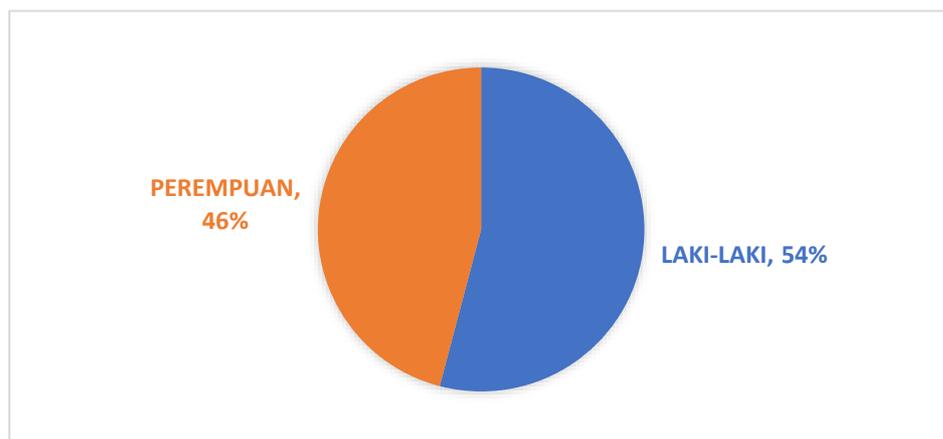
Berikut gambar jumlah penderita difteri di provinsi Jawa Timur pada tahun 2019 menurut usia kurang dari 19 tahun dan lebih dari sama dengan 19 tahun.



Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.6 Jumlah Penderita Difteri di Provinsi Jawa Timur pada Tahun 2019 Menurut Usia < 19 tahun dan >= 19 tahun

Berdasarkan gambar 4.6 diketahui bahwa jumlah kasus Difteri berdasarkan usia di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2019 paling banyak terjadi pada usia dibawah 19 tahun yaitu sebesar 64%. Sedangkan pada usia 19 tahun ke atas hanya 36% yang terkena kasus difteri.



Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.7 Presentase Penderita Difteri di Provinsi Jawa Timur pada Tahun 2019 Menurut Jenis Kelamin

Berdasarkan gambar 4.7 diketahui bahwa jumlah kasus Difteri berdasarkan jenis kelamin di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2019 paling banyak terjadi pada laki-laki

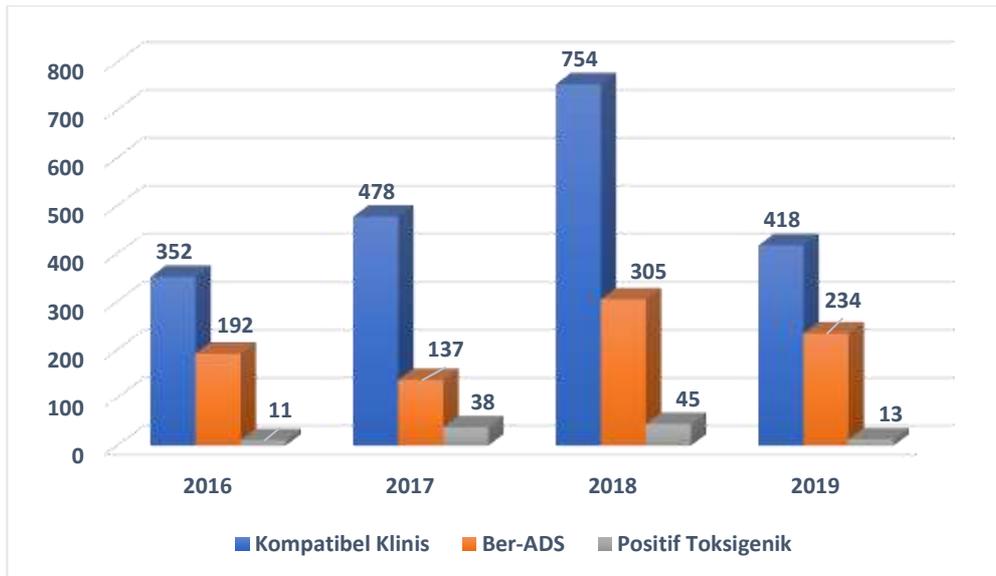
yaitu sebesar 54%. Sedangkan pada perempuan yang terkena kasus difteri sebesar 46%. Hal ini sesuai dengan penelitian Arifin dan Prasasti (2017) yang menyatakan bahwa Jenis kelamin laki-laki lebih berisiko menderita difteri daripada jenis kelamin perempuan dikarenakan anak laki-laki lebih sering menghabiskan aktivitas di luar rumah dibandingkan dengan anak perempuan. Aktivitas di luar rumah memiliki potensi yang lebih besar sebagai faktor penularan penyakit difteri.

4.5. Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah, dan Alternatif Solusi

4.5.1 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dilakukan dengan kegiatan analisis data kasus difteri di provinsi Jawa Timur tahun 2019 dan *indept interview* yang di lakukan dengan petugas surveilans. Adapun hasil dari analisis data kasus difteri dan *indept interview* adalah sebagai berikut :

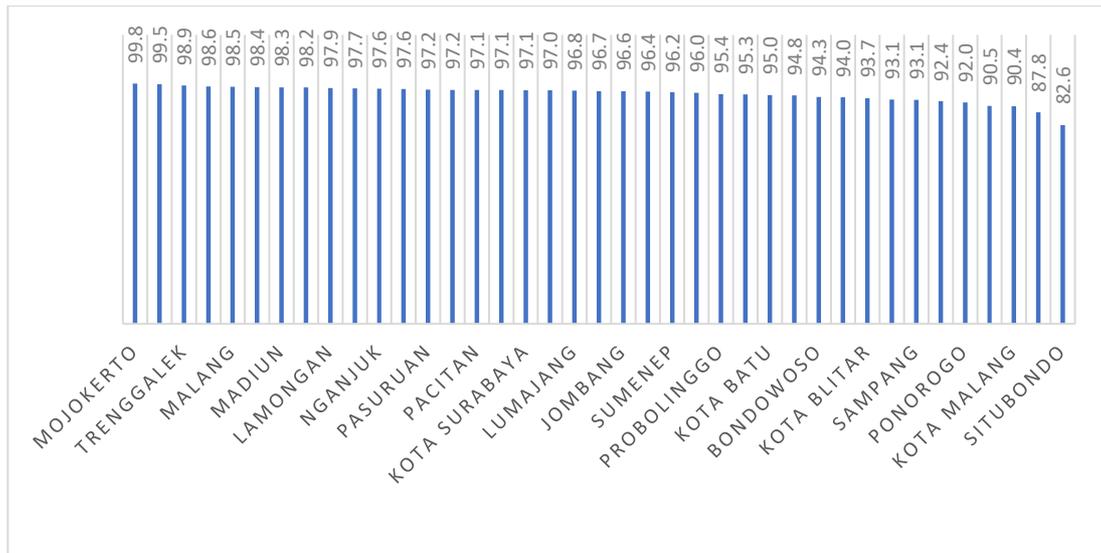
- a. Data analisis kasus difteri di Provinsi Jawa Timur Tahun 2019 menunjukkan bahwa kasus difteri masih belum mengalami penurunan yang signifikan paska dilaksanakannya upaya penanggulangan KLB Difteri. *Outbreak Response Immunization* (ORI) yang dilakukan 3 putaran masih belum memberikan hasil yang baik, mengingat kasus dengan konfirmasi Positif dan ber ADS masih cenderung tinggi.



Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.8 Trend Kasus Difteri Kompatibel Klinis, Kasus ber ADS, dan Kasus Positif Toksigenik di Jawa Timur Tahun 2016-2019

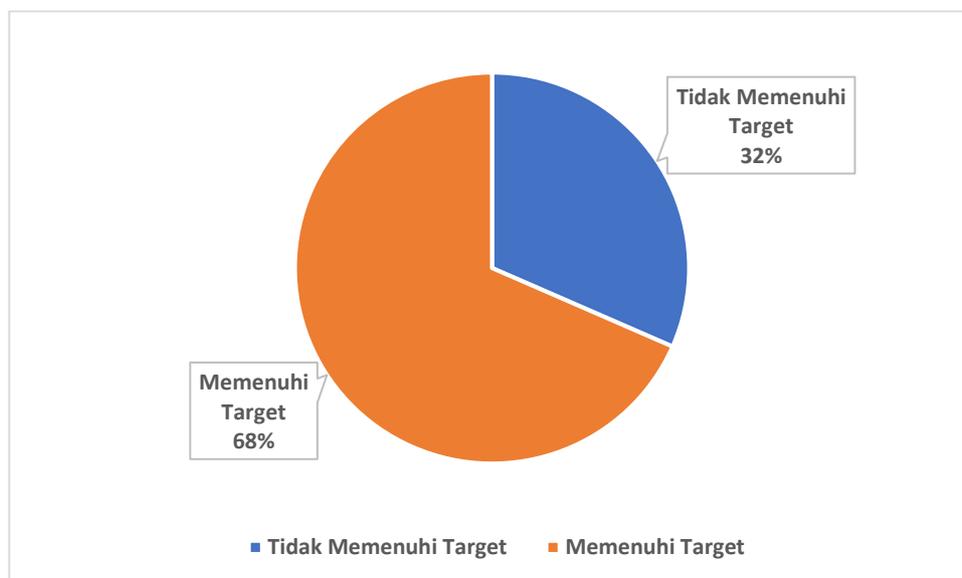
Berdasarkan Gambar 4.8 Menunjukkan bahwa jumlah kasus difteri yang terkonfirmasi positif toksigenik serta ber ADS masih tinggi. Jumlah kasus keseluruhan atau kompatibel klinis, merupakan jumlah kasus terlapor yang mana belum pasti terkonfirmasi positif toksigenik dan ber ADS. Sehingga, jika mengikuti acuan berdasarkan kasus yang positif dan ber ADS, jumlah kasus difteri di Jawa Timur bisa dibayangkan belum mengalami penurunan yang signifikan. Apalagi, upaya penanggulangan berupa ORI yang dilakukan 3 putaran tersebut memakan banyak biaya.



Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.9 Cakupan *Outbreak Response Immunization* (ORI) Difteri Putaran ke 3 di Jawa Timur

Berdasarkan data Gambar 4.9 cakupan imunisasi ORI Difteri ditargetkan sebesar 95%. Namun beberapa kota/kab masih belum memenuhi target tersebut. Diantaranya Kota Pasuruan, Bondowoso, Tulungagung, Kota Blitar, Bangkalan, Sampang, Jember, Ponorogo, Kota Probolinggo, Kota Malang, Pamekasan, dan Situbondo. Kabupaten Pamekasan dan Situbondo memiliki cakupan di bawah 90%, yakni 87% untuk Pamekasan dan 82 % untuk Situbondo.

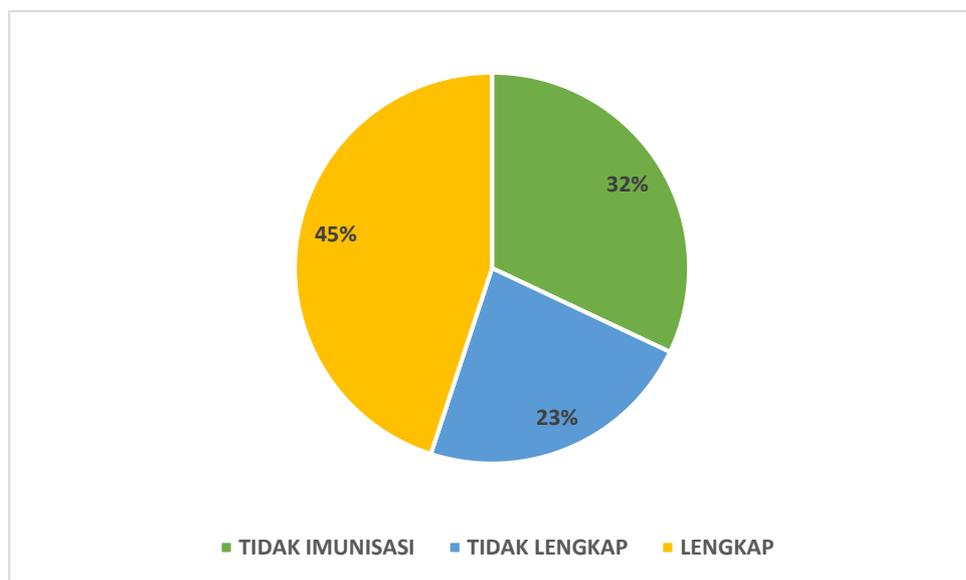


Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.10 Presentase Cakupan *Outbreak Response Immunization* (ORI) Difteri Putaran ke 3 di Jawa Timur

Berdasarkan Gambar 4.10 menunjukkan, bahwa Presentase Cakupan *Outbreak Response Immunization* (ORI) Difteri sebesar 68% memenuhi target dan sebesar 32% tidak memenuhi target. Sehingga cakupan ORI Putaran ke 3 terbilang rendah.

b. Dari analisis data kasus difteri di Provinsi Jawa Timur tahun 2019 diperoleh hasil bahwa banyak yang tidak diimunisasi mau pun imunisasi tidak lengkap. Jika dilihat dari status imunisasi pada kasus difteri, terdapat 23% dari 418 kasus yang imunisasinya tidak lengkap dan 32% tidak imunisasi. Berikut data kasus difteri berdasarkan status imunisasi di provinsi Jawa Timur tahun 2019.

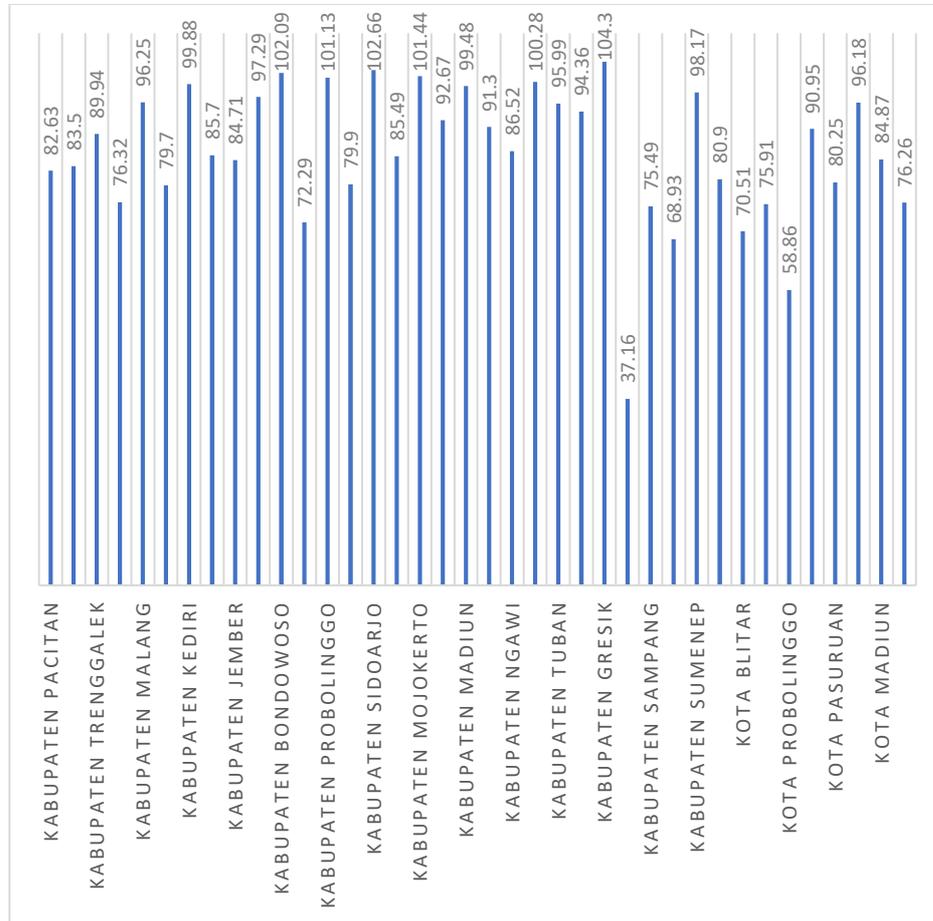


Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.11 Presentase Penderita Difteri di provinsi Jawa Timur pada tahun 2019 Menurut Status Imunisasi

Berdasarkan gambar 4.11 diketahui bahwa status imunisasi pada penderita difteri sebanyak 55% diantaranya adalah imunisasi tidak lengkap dan tidak imunisasi. Dengan status imunisasi tidak lengkap dan tidak imunisasi, penyakit difteri sangat mudah sekali menular. Seseorang dapat menularkan dan ditularkan dari orang lain jika tidak memiliki kekebalan yang tinggi. Salah satu upaya untuk memutus rantai penularan penyakit difteri yaitu dengan meningkatkan cakupan imunisasi untuk membentuk *herd immunity*. Imunitas kelompok bergantung pada tingkat resistensi yang dimiliki suatu populasi terhadap suatu penyakit menular di mana proporsi anggota kelompok yang tidak dapat diserang penyakit tersebut cukup tinggi.

Imunitas kelompok dapat dicapai jika mereka yang rentan berkurang sampai jumlah tertentu dan jumlah orang yang terlindung dan kebal mendominasi populasi itu (Timmreck, 2004).

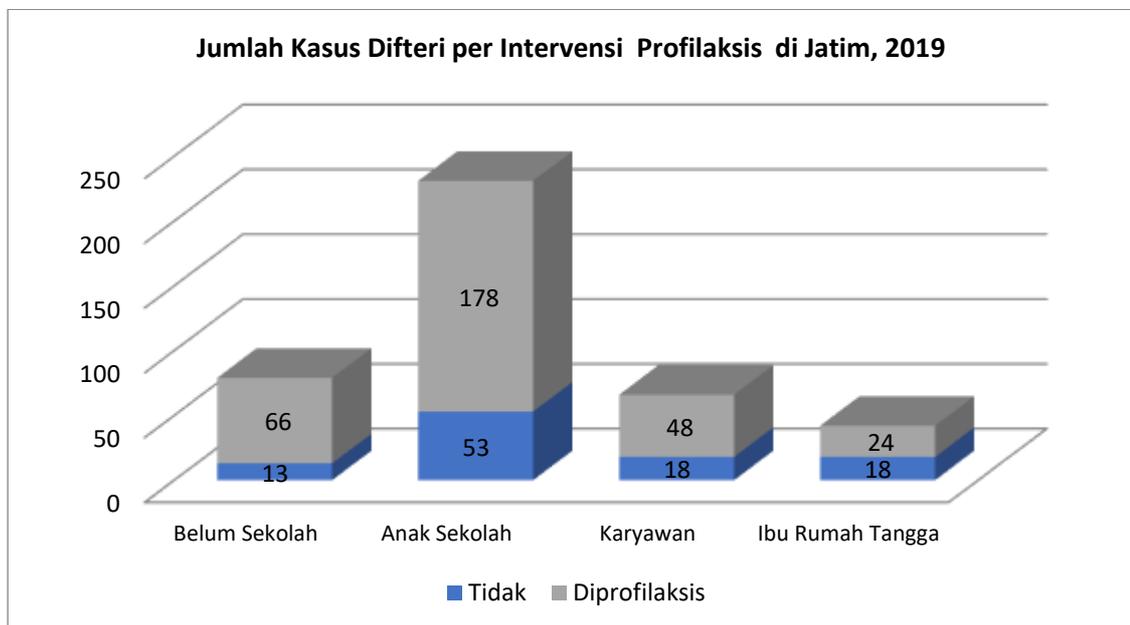


Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.12 Cakupan Imunisasi DPT 4 di provinsi Jawa Timur pada tahun 2019

Berdasarkan Gambar 4.12 Cakupan Imunisasi DPT 4 di Provinsi Jawa Timur belum merata seluruhnya. Cakupan terendah yakni pada Kabupaten Bangkalan, sebesar 37,16% dan cakupan tertinggi pada Kabupaten Gresik sebesar 104,3%. Hal tersebut menunjukkan, bahwa cakupan imunisasi di Jawa Timur masih perlu dilakukan perbaikan karena jauh dari target yang ditentukan.

c. Hasil dari *indept interview* dengan pemegang program surveilans PD3I menyatakan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan upaya penanggulangan KLB difteri di provinsi Jawa Timur tahun 2019 kurang maksimal adalah tidak adanya evaluasi kepatuhan minum obat profilaksis. Ini dibuktikan ketika petugas surveilans provinsi melakukan penyelidikan epidemiologi lanjutan pada kasus difteri, ditemukan kontak erat kasus yang tuntas minum obat profilaksis hanya kontak rumah, sedangkan kontak lain seperti kontak tetangga, kontak sekolah, kontak bermain tidak tuntas dan tidak patuh minum obat profilaksis. Ini disebabkan karena obat profilaksis menimbulkan efek mual, sehingga enggan untuk meminumnya. Dan yang kontak erat dengan kasus merasa bahwa dirinya tidak sakit sehingga tidak perlu minum obat.



Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.13 Jumlah kontak erat kasus difteri yang ditemukan dan diberi profilaksis di provinsi Jawa Timur tahun 2019

Menurut Gambar 4.13 jumlah kontak erat yang tidak diberi profilaksis paling banyak pada anak sekolah. Capaian pada kontak erat kasus difteri yang ditemukan dan diberi profilaksis sebesar 76%. Artinya masih ada 24% kontak erat kasus difteri yang belum ditemukan dan tidak diberi profilaksis.

Berdasarkan hasil kegiatan analisis data kasus difteri dan *indept interview*, didapatkan 3 evaluasi dalam upaya penanggulangan KLB difteri di provinsi Jawa Timur tahun 2018-2019, yaitu:

1. Program Pengendalian KLB Difteri per 2018-2019 dengan *Outbreak Response Immunization* (ORI) tidak berhasil.
2. Cakupan imunisasi Difteri tidak merata setiap desa, sehingga *herd immunity* tidak terbentuk.
3. Tatalaksana Kontak Erat belum maksimal (Identifikasi dan pemberian Profilaksis)

4.5.2 Prioritas Masalah

Setelah diketahui terdapat 3 masalah dalam upaya penanggulangan KLB difteri di provinsi Jawa Timur, maka dilakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode USG. Penentuan prioritas dengan menggunakan metode USG dilakukan dengan pengisian kuesioner prioritas masalah pada pengelola program surveilans yang berjumlah 4 orang di Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur. Adapun hasil dari penentuan prioritas masalah tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Prioritas Masalah dengan Metode USG

| No | Masalah | Kriteria | | | | | | | | | | | | SKOR |
|----|--|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|
| | | U | | | | S | | | | G | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1. | Program Pengendalian KLB Difteri per 2018-2019 dengan <i>Outbreak Response Immunization</i> (ORI) tidak berhasil | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 47 |
| 2. | Cakupan imunisasi Difteri tidak merata setiap desa, sehingga <i>herd immunity</i> tidak terbentuk | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 46 |
| 3. | Tatalaksana Kontak Erat belum maksimal (Identifikasi dan pemberian Profilaksis) | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 49 |

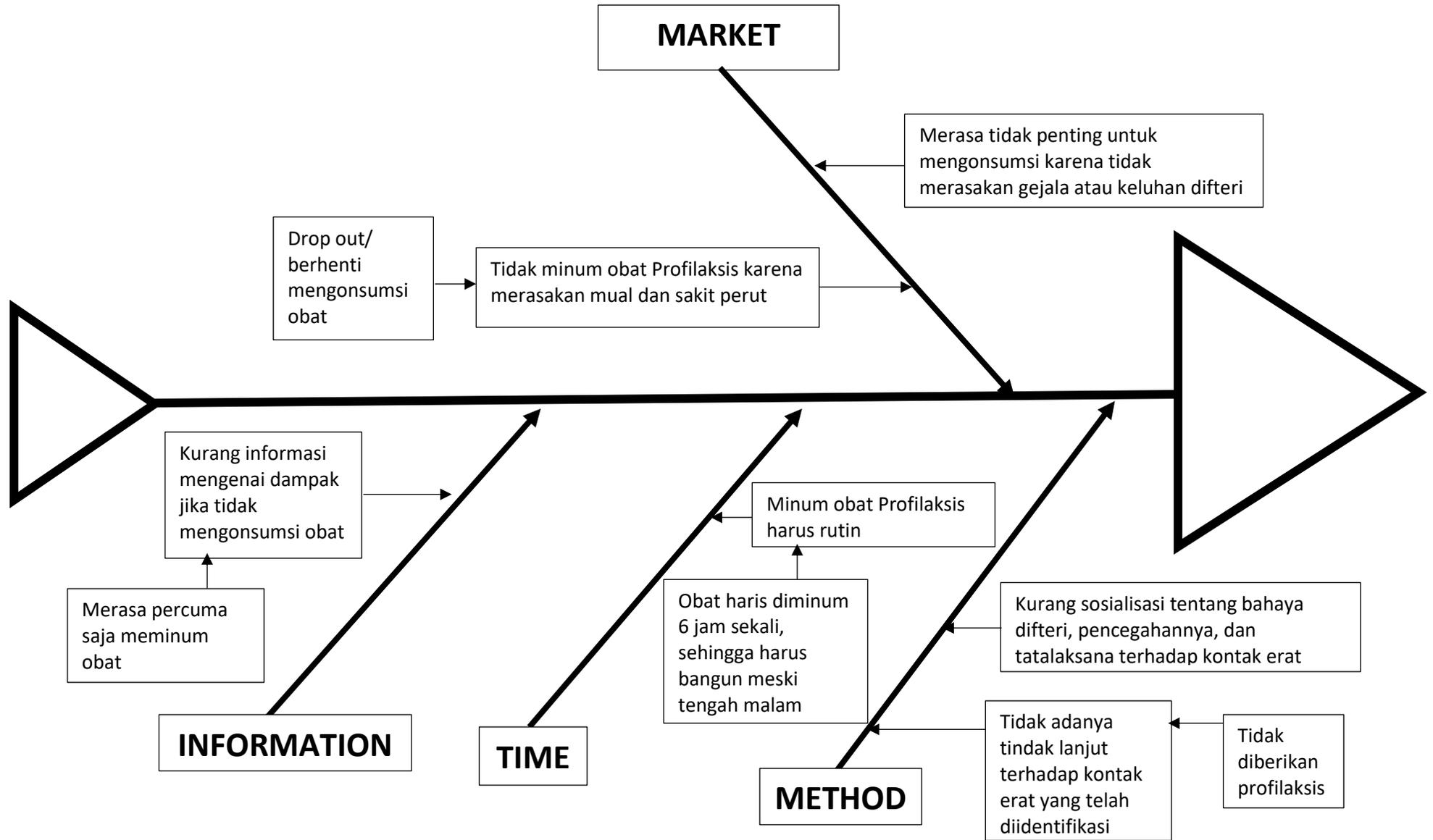
Dari tabel 4.1 dapat diketahui hasil dari penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG diperoleh bahwa faktor yang menjadi prioritas

masalah adalah: Tatalaksana Kontak Erat belum maksimal (Identifikasi dan pemberian Profilaksis)

4.5.3 Penyebab Masalah

Penyebab masalah tatalaksana kontak erat belum maksimal (Identifikasi dan pemberian Profilaksis) yang belum maksimal, diantaranya disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor *method* adalah tidak adanya tindak lanjut pada tatalaksana Kontak Erat dalam mengonsumsi obat profilaksis, sehingga banyak diantaranya yang *drop out* atau bahkan tidak diberikan obat profilaksis sama sekali. Faktor penyebab dari *Time* (waktu) yakni mengonsumsi obat profilaksis harus 3 kali sehari setiap 6 jam, sehingga Kontak Erat juga harus mengonsumsi obat profilaksis pada waktu dini hari. Hal tersebut membuat Kontak Erat tidak bisa secara teratur mengonsumsi. Faktor penyebab dari *Information* adalah masyarakat masih belum mengetahui pentingnya pencegahan penularan difteri, salah satunya dengan mengonsumsi obat Profilaksis. Faktor penyebab dari *Market* (Sasaran) adalah kontak erat merasa tidak harus mengonsumsi obat profilaksis dikarenakan tidak merasa adanya gejala sakit. Selain itu, konsumsi obat Profilaksis dapat menimbulkan Efek Samping Obat (ESO) pada beberapa orang, seperti mual dan sakit perut.

Untuk lebih lengkapnya dapat diketahui dengan menggunakan analisis diagram tulang ikan (*fishbone*) sebagai berikut:



4.5.4 Alternatif Solusi

Setelah dilakukan analisis penyebab masalah menggunakan diagram tulang ikan (*fishbone*), maka diperoleh beberapa akar penyebab masalah dari Tatalaksana Kontak Erat belum maksimal (Identifikasi dan pemberian Profilaksis). Selanjutnya diberikan beberapa alternatif solusi untuk menyelesaikan akar penyebab masalah tersebut. Adapun alternatif solusinya sebagai berikut:

- a. Menjalin kerjasama dengan lintas program bagian promosi kesehatan untuk membuat media informasi tentang pencegahan dan penanggulangan difteri secara merata baik berupa ILM (Iklan Layanan Masyarakat), Poster, Banner, Leaflet, atau dalam bentuk infografis yang disebar melalui media sosial.
- b. Melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya mencegah penyebaran difteri dengan mengonsumsi obat profilaksis selama 7 hari, per hari 4 kali dengan dosis 50 mg/kg.
- c. Melakukan pendekatan dengan orang terdekat dari kontak erat, bahwasannya mengonsumsi obat profilaksis sangat penting agar tidak menularkan terhadap keluarga atau orang sekitar yang dikenal.
- d. Membuat *reminder sistem* melalui SMS atau WA kepada kontak erat yang mengonsumsi profilaksis untuk mengingatkan waktu minum obat telah tiba.
- e. Menunjuk Pemantau Minum Obat (PMO) dari pihak aparat desa (BABINSA/ KAMTIBMAS)
- f. Mengganti obat Profilaksis Eritromisin stearat menjadi Eritromisin etil suksinat yang relatif kurang menimbulkan iritasi lambung

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terdiri dari 4 bidang, yaitu: bidang kesehatan masyarakat, bidang pencegahan dan pengendalian penyakit, bidang pelayanan kesehatan, dan bidang sumber daya kesehatan. Seksi surveilans dan Imunisasi terletak di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit.
2. Tren kasus penyakit difteri di Jawa Timur mengalami peningkatan dari tahun 2016-2018, namun menurun secara signifikan pada tahun 2019 jika dilihat dari jumlah kasus Kompatibel Klinis. Akan tetapi, penurunan kasus pada tahun 2019 jika dilihat dari jumlah kasus positif toksigenik dan ber ADS, belum signifikan. Seharusnya, kasus bisa jauh lebih menurun karena telah dilakukan *Outbreak Response Immunization* (ORI).
3. Berdasarkan pola penyakit menurut waktu, kasus difteri pada tahun 2017-2019 tertinggi terjadi pada tahun 2017 pada Minggu ke 50. Pola penyakit menurut tempat, persebaran kasus difteri pada tahun 2016-2019 paling banyak terjadi pada tahun 2018 di Kota Surabaya. Pola penyakit menurut orang, kasus difteri pada tahun 2016-2017 paling banyak menyerang usia 5-9 tahun, namun pada tahun 2018-2019 kasus difteri paling banyak menyerang usia >14 tahun. Jika dikategorikan berdasarkan usia <19 tahun dan ≥ 19 tahun, kasus difteri paling banyak menyerang usia <19 tahun.
4. Berdasarkan data laporan kasus difteri di provinsi Jawa Timur tahun 2019 dan hasil dari *indept interview* dengan pemegang program, ditemukan 3 evaluasi dalam upaya penanggulangan KLB difteri yaitu program pengendalian KLB Difteri per 2018-2019 dengan *Outbreak Response Immunization* (ORI) tidak berhasil, cakupan imunisasi Difteri tidak merata setiap desa sehingga *herd immunity* tidak terbentuk, dan tatalaksana Kontak Erat belum maksimal (Identifikasi dan pemberian Profilaksis). Prioritas dari ketiga masalah tersebut adalah: Tatalaksana Kontak Erat belum maksimal (Identifikasi dan pemberian Profilaksis).

5. Diantara faktor penyebab dari masalah tatalaksana Kontak Erat belum maksimal (Identifikasi dan pemberian Profilaksis) adalah kurang lengkapnya data yang dilaporkan pada variabel status imunisasi, ibu tidak tahu jadwal imunisasi booster pertama (DPT4), masih adanya kesenjangan informasi yang diperoleh masyarakat tentang imunisasi booster, masih ada masyarakat yang anti imunisasi.
6. Alternatif pemecahan masalah yang bisa dijadikan rekomendasi adalah Menjalin kerjasama dengan lintas program bagian promosi kesehatan untuk membuat media informasi tentang pencegahan dan penanggulangan difteri secara merata baik berupa ILM (Iklan Layanan Masyarakat), Poster, Banner, Leaflet, atau dalam bentuk infografis yang disebar melalui media sosial, sosialisasi tentang pentingnya imunisasi booster, melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya mencegah penyebaran difteri dengan mengonsumsi obat profilaksis, Melakukan pendekatan dengan orang terdekat dari kontak erat, bahwasannya mengonsumsi obat profilaksis sangat penting agar tidak menularkan terhadap keluarga atau orang sekitar yang dikenal, Membuat *reminder sistem* melalui SMS atau WA kepada kontak erat yang mengonsumsi profilaksis untuk mengingatkan waktu minum obat telah tiba.

5.2. Saran

Perlu dilakukan upaya untuk memperbaiki program penanggulangan KLB difteri di provinsi Jawa Timur, salah satunya dengan memaksimalkan tatalaksana, khususnya tatalaksana Kontak Erat, yaitu:

1. Menjalin kerjasama dengan lintas program bagian promosi kesehatan untuk membuat media informasi tentang pencegahan dan penanggulangan difteri secara merata baik berupa ILM (Iklan Layanan Masyarakat), Poster, Banner, Leaflet, atau dalam bentuk infografis yang disebar melalui media sosial.
2. Melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya mencegah penyebaran difteri dengan mengonsumsi obat profilaksis selama 7 hari, per hari 4 kali dengan dosis 50 mg/kg.
3. Melakukan pendekatan dengan orang terdekat dari kontak erat, bahwasannya mengonsumsi obat profilaksis sangat penting agar tidak menularkan terhadap keluarga atau orang sekitar yang dikenal.

4. Membuat *reminder sistem* melalui SMS atau WA kepada kontak erat yang mengonsumsi profilaksis untuk mengingatkan waktu minum obat telah tiba.
5. Menunjuk Pemantau Minum Obat (PMO) dari pihak aparat desa (BABINSA/ KAMTIBMAS)
6. Mengganti obat Profilaksis Eritromisin stearat menjadi Eritromisin etil suksinat yang relatif kurang menimbulkan iritasi lambung

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, Nancy Dian dkk. (2017). *Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular dan Keracunan Pangan edisi revisi 2017*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Arifin, I. F dan Prasasti, C. I. (2017). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kasus Difteri Anak di Puskesmas Bangkalan Tahun 2016*. Jurnal Berkala Epidemiologi Volume 5 no 1 hal 32.
- Aswad, I. H. AI dan Shubair, M. E. (2009). *Efficacy of Diphtheria and Tetanus Vaccination in Gaza Palestine*. Eastern Mediterranean Health Journal Vol 15 no 2 page 285-294.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2019). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Fakultas Kesehatan Masyarakat. (2019). *Buku Panduan Magang Tahun 2019*. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat.
- Fitriana, H. N. (2014). Penatalaksanaan Difteri. *J Indon Med Assoc*, 541-542 Volum: 64, Nomor: 12.
- Kemenkes RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan.
- Kemenkes RI. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
- Kemenkes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi.
- Kemenkes RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pranomo, Nurafian Majid dkk. (2015). *Mengkaitkan Kasus Dengan Metode CARL Dan Diagram Force Field Analysis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Sarawati, Elvieda dkk. (2018). *Pedoman Surveilans dan Penanggulangan Difteri Edisi Pertama Tahun 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- WHO. (2018). *Review of the epidemiology of diphtheria 2000-2016*. World Health Organization. Geneva. [Online]
https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/april/1_Final_report_Clarke_april3.pdf diakses pada tanggal 1 Februari 2020

Lampiran 1**Form Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG**

Nama Responden :

Petunjuk Pengisian :

| <i>Urgency</i> | <i>Seriousness</i> | <i>Growth</i> |
|---|--|--|
| Urgensi menggambarkan seberapa mendesak suatu masalah dalam kaitannya dengan waktu yang tersedia untuk menyelesaikan masalah. | Keseriusan menggambarkan seberapa serius suatu masalah dalam kaitannya dengan dampak yang ditimbulkan oleh masalah tersebut. | Perkembangan isu menggambarkan seberapa mungkin masalah tersebut berkembang menjadi lebih parah apabila tidak segera diselesaikan |
| Skor : 5 : Sangat mendesak 4 : Mendesak 3 : Cukup mendesak 2 : Tidak mendesak 1 : Sangat tidak mendesak | Skor : 5 : Sangat berdampak serius 4 : Berdampak serius 3 : Cukup berdampak serius 2 : Tidak berdampak serius 1 : Sangat tidak berdampak serius | Skor : 5 : Sangat mungkin berkembang 4 : Mungkin berkembang 3 : Cukup mungkin berkembang 2 : Tidak mungkin berkembang 1 : Sangat tidak mungkin berkembang |

Form USG (Program Surveilans Difteri)

| No | Masalah | U | S | G | Total |
|----|--|---|---|---|-------|
| 1 | Program <i>Outbreak Response Immunization</i> (ORI) Difteri tidak berhasil (Karena kasus yang ber ADS masih tinggi, sedangkan pelaporan kasus baik yang ber ADS mau pun tidak tetap di masukkan) | | | | |
| 2 | Cakupan imunisasi Difteri tidak merata setiap desa, sehingga <i>herd immunity</i> tidak terbentuk (Karena ada desa dengan cakupan tinggi, ada pula desa yang masih memiliki cakupan rendah) | | | | |
| 3 | Pemberian Obat Profilaksis tidak terpantau secara maksimal (Pemberian obat profilaksis sering terhenti karena tidak merasa sakit, sehingga tidak merasa harus meminum obat tersebut) | | | | |

LAMPIRAN 2. Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Nama : Annisa Nur Illahi
 NIM : 101611133191
 Tempat Magang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Seksi Surveilans dan Imunisasi)

| Tanggal | Kegiatan | Paraf Pembimbing Instansi |
|--------------------|---|---|
| Minggu ke-1 | | |
| 2 Januari 2020 | Penerimaan oleh kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi, pak Gito Hartono. Melakukan perkenalan dengan staff pada seksi Surveilans dan Imunisasi. |  |
| 3 Januari 2020 | Melakukan analisis data KLB di Jawa Timur dengan <i>Microsoft Excel</i> |  |
| Minggu ke-2 | | |
| 6 Januari 2020 | Melanjutkan tugas analisis data KLB di Jawa Timur dengan <i>Microsoft Excel</i> dan mempelajari rumus baru |  |
| 7 Januari 2020 | Analisis hasil supervisi suportif pada 20 puskesmas di wilayah Jawa Timur dalam tabel dan grafik menggunakan aplikasi SPSS yang kemudian dikonversi dalam bentuk <i>word</i> dan <i>power point</i> |  |
| 8 Januari 2020 | Melakukan <i>entry</i> data KLB hepatitis A di Kabupaten Jember Membuat kurva epidemiologi KLB hepatitis A di Kabupaten Jember berdasarkan hari dan minggu. Membuat distribusi pekerjaan epidemiologi KLB hepatitis A di Kabupaten Jember |  |
| 9 Januari 2020 | Melanjutkan analisis data KLB di Jawa Timur setelah ditambahkan data rekapan baru |  |
| 10 Januari 2020 | Membuat <i>power point</i> kurva epidemiologi KLB dan distribusi pekerjaan kasus hepatitis A di Kabupaten Jember |  |
| Minggu ke-3 | | |
| 13 Januari 2020 | Analisis data pasien difteri di Jawa Timur secara umum dan yang spesifik mendapatkan ADS menurut waktu (bulan), tempat (kabupaten), dan orang (usia, jenis kelamin, dan status imunisasi) |  |
| 14 Januari 2020 | Turun lapangan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk membahas solusi dan perkembangan penyelidikan kasus KLB hepatitis A |  |
| 15 Januari 2020 | Menghadiri rapat dengan pihak Dinas Kesehatan |  |

| | | |
|--------------------|--|---|
| | Kabupaten Jember, perwakilan BPBD provinsi, perwakilan BBTKLPP, dan 12 puskesmas di Kabupaten Jember untuk membahas langkah strategis penanggulangan KLB hepatitis A Melakukan penyelidikan epidemiologi kepada 2 pasien Hepatitis A di jember | |
| 16 Januari 2020 | Melakukan Penyelidikan Epidemiologi di Bojonegoro mengenai Keracunan Makanan dan Leptospirosis. Menyusun peta penyebaran penyakit dengan aplikasi <i>health mapper</i> |  |
| 17 Januari 2020 | Upacara Bendera setiap tanggal 17 Melakukan analisis data Keracunan Makanan mahasiswa PKL pada Penyelidikan Epidemiologi di Bojonegoro Melanjutkan penyusunan peta penyebaran penyakit dengan aplikasi <i>health mapper</i> |  |
| Minggu ke-4 | | |
| 20 Januari 2020 | Supervisi dari dosen pembimbing magang Melanjutkan penyusunan peta penyebaran penyakit dengan aplikasi <i>health mapper</i> |  |
| 21 Januari 2020 | Melakukan Supervisi Supportif di Probolinggo dengan berkeliling melakukan RCA. Penyusunan Laporan Magang (bagian latar belakang) |  |
| 22 Januari 2020 | <i>Indepth interview</i> dengan Ibu Anik selaku pengelola program surveilans AFP <i>Indepth interview</i> dengan Ibu Wulan selaku staf seksi imunisasi Penyusunan laporan magang |  |
| 23 Januari 2020 | <i>Entry data</i> KLB Keracunan Makanan di Kabupaten Blitar menggunakan aplikasi <i>Microsoft Excel</i> Penyusunan laporan magang (bagian metode kegiatan magang) |  |
| 24 Januari 2020 | <i>Entry data</i> KLB Keracunan Makanan di Kabupaten Blitar menggunakan aplikasi <i>Microsoft Excel</i> Mengikuti Webinar kesiapsiagaan menghadapi Novel Corona Virus, <i>live streaming</i> bersama Kementerian Kesehatan RI dan 6 provinsi/kota lainnya di Indonesia. |  |

| Minggu ke-5 | | |
|-----------------|--|--|
| 27 Januari 2020 | Melakukan indepth interview dengan Pak Suradi | |
| 28 Januari 2020 | Melakukan indepth interview | |
| 29 Januari 2020 | Mengerjakan laporan | |
| | Mengintall aplikasi Health Mapper dan SatScan untuk staff Surveilans dan Imunisasi | |
| 30 Januari 2020 | Mengerjakan laporan Persiapan penutupan magang | |
| 31 Januari 2020 | Penutupan | |

LAMPIRAN 3. Daftar Absensi Mahasiswa Magang Fakultas Kesehatan Masyarakat

**Daftar Absensi Mahasiswa Magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2020**

| No | Nama | NIM | Bulan Januari | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------|---------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | | | 02-01-2020 | | 03-01-2020 | | 06-01-2020 | | 07-01-2020 | | 08-01-2020 | | 09-01-2020 | |
| | | | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang |
| 1 | Alya Hanifa Rasyidi | 101611133147 | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya |
| 2 | Made Nita Sintari | 101611133161 | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M |
| 3 | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa |

| No | Nama | NIM | Bulan Januari | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------|---------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | | | 10-01-2020 | | 13-01-2020 | | 14-01-2020 | | 15-01-2020 | | 16-01-2020 | | 17-01-2020 | |
| | | | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang |
| 1 | Alya Hanifa Rasyidi | 101611133147 | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya |
| 2 | Made Nita Sintari | 101611133161 | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M |
| 3 | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa | Annisa |

| No | Nama | NIM | Bulan Januari | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------|---------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | | | 20-01-2020 | | 21-01-2020 | | 22-01-2020 | | 23-01-2020 | | 24-01-2020 | | 27-01-2020 | |
| | | | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang |
| 1 | Alya Hanifa Rasyidi | 101611133147 | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya |
| 2 | Made Nita Sintari | 101611133161 | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M | M |
| 3 | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | An | An | An | An | An | An | An | An | An | An | An | An |

| No | Nama | NIM | Bulan Januari | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------|---------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------|
| | | | 28-01-2020 | | 29-01-2020 | | 30-01-2020 | | 31-01-2020 | | |
| | | | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | Datang | Pulang | |
| 1 | Alya Hanifa Rasyidi | 101611133147 | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya | Alya |
| 2 | Made Nita Sintari | 101611133161 | M | M | M | M | M | M | M | M | |
| 3 | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | An | An | An | An | An | An | An | An | |

LAMPIRAN 4. Surat Permohonan Izin Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Malyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

Nomor : 8042/UN3.1.10/PPd/2019
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan izin magang

12 Nopember 2019

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan
Provinsi Jawa Timur
Jl. Ahmad Yani No. 118
SURABAYA

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana (S1) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Tahun Akademik 2019/2020, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa, atas nama (terlampir).

Sebagai peserta magang di Instansi Saudara.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan,
Wakil Dekan I
Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.
NIP 196609271997022001

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;
6. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
7. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
8. Yang bersangkutan.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail: info@fkm.unair.ac.id

**DAFTAR NAMA PESERTA MAGANG
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

| No. | Nama Mahasiswa | NIM | Peminatan | Tempat Magang | Pembimbing | Pelaksanaan |
|-----|---------------------------|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1. | Anugrah Lintang Indrawati | 101611133058 | Epidemiologi | Bagian Penyakit Tidak Menular | Dr. Lucia Yovita Hendrati, S.KM., M.Kes | 02 Januari 2020 s.d 31 Januari 2020 |
| 2. | Nida Luthfina | 101611133097 | | | | |
| 3. | Indria Dwi Saraswati | 101611133037 | | | | |
| 4. | Annisa Nur Illahi | 101611133191 | | Bagian Surveillans | Laura Navika Yamani, S.Si., M.Si., Ph.D | |
| 5. | Alya hanifa Rasyidi | 101611133147 | | | | |
| 6. | Made Nita Sintari | 101611133161 | | | | |
| 7. | Erren Silvia Herdiyani | 101611133045 | | Bagian Penyakit Menular | Prof. Dr., Chatarina Umbul Wahyuni, dr., M.S., MPH | |
| 8. | Elvira Revita | 101611133042 | | | | |
| 9. | Armya Zakiah Safitri | 101611133182 | | | | |
| 10. | Tashya Angelie Tamara | 101611133035 | Administrasi & Kebijakan Kesehatan | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Ilham Aksanu Ridlo, S.KM., M.Kes | Januari s.d. Februari 2020 |
| 11. | Aldila Mazaya Ghaisani | 101611133158 | | | | |
| 12. | Ana mariatul Ulfa | 101611133082 | | | | |
| 13. | Riphyana Novayanti | 101611133031 | | | | |



| No. | Nama Mahasiswa | NIM | Peminatan | Tempat Magang | Pembimbing | Pelaksanaan |
|-----|-------------------------|--------------|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 14. | Salsabila Naim | 1016111218 | Biostatistika | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Yuly Sulistyorini, S.KM, M.Kes | 23 Desember 2019 s.d. 24 Januari 2020 |
| 15. | Nadiyah Firdaus | 101611133114 | | | | |
| 16. | Dianatul Fitri | 101611133141 | | | | |
| 17. | Ita mamlu'atul Mufidah | 101611133165 | | | | |
| 18. | Annisa Fitrah Alifia | 101611133160 | PKIP | Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur | Riris Diana Rachmayanti, SKM, M.Kes | 6 Januari s.d. 6 Februari 2020 |
| 19. | Ferina Agustia Y. | 101611133121 | | | | |
| 20. | M. Baharrudin Wisudawan | 101611133063 | | | | |
| 21. | Putri Faradina H. | 10161113357 | | | | |
| 22. | Nabila Maliha | 101611133178 | | | | |

Surabaya, 12 Nopember 2019

Dr. Santy Martini, dr., M.Kes.
Wakil Dekan I
NIP-196609271997022001

Lampiran 4. Foto Kegiatan Magang



Foto Bersama dengan Pembimbing Lapangan



Kegiatan Analisis Data



Kegiatan PE di Bojonegoro



Kegiatan Supervisi Supportif di Pamekasan



Kegiatan WEBINAR dengan Kemenkes



Kegiatan Supervisi Supportif di Probolinggo