

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

**GAMBARAN PELAKSANAAN SISTEM KEWASPADAAN DINI
DAN RESPON
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2018**



Oleh :

DEWI MARIATUS SHOLIAH

NIM. 101511133114

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TANGGAL 2-31 JANUARI 2019**

Disusun Oleh:

DEWI MARIATUS SHOLIAH

NIM. 101511133114

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

14 Februari 2019

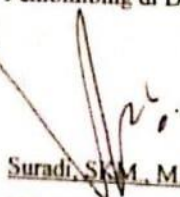


Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes.

NIP. 196902101994032002

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

14 Februari 2019



Suradi, S.KM., M.Kes

NIP. 196303111986031024

Mengetahui,

Ketua Departemen Epidemiologi

14 Februari 2019



Dr. Atik Choirul Hudaib, 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 “Gambaran Pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018” 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 Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon yang dilaksanakan oleh petugas 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. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
3. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes. 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 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, 1 Februari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN MUKA	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB I.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Kegiatan	4
1.3 Manfaat Kegiatan.....	4
BAB II.....	5
2.1 Definisi dan Tujuan SKDR	5
2.2 Algoritma Diagnosis Penyakit dan Respon.....	5
2.3 Indikator Pelaksanaan SKDR	10
2.4 Prosedur Kerja SKDR.....	11
2.5 Jejaring Surveilans	12
2.6 Penentuan Prioritas Masalah	13
2.7 Analisis Penyebab Masalah dengan Metode Diagram <i>Fishbone</i>	14
BAB III.....	16
3.1 Jenis Laporan Kegiatan Magang	16
3.2 Jenis dan Metode Kegiatan Magang	16
3.3 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang.....	16
3.4 Teknik Analisis Data.....	17
4 BAB IV	18
4.1 Gambaran Struktur Organisasi dan Prosedur Kerja Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Dinkes Jawa Timur Tahun 2019	18
4.2 Gambaran Program Surveilans dan Imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019.....	20
4.3 Gambaran distribusi capaian kelengkapan pelaporan, ketepatan pelaporan dan alert yang di respon di Provinsi Jawa Timur	23
4.4 Gambaran Tahapan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Mulai Proses Pengumpulan, Pengolahan, Analisis Data dan Diseminasi Data di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018.....	38
4.5 Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah, dan Alternatif Solusi	42
4.6 Kegiatan di Lapangan yang Dilakukan Instansi dan Menerapkan Konsep Epidemiologi.....	49
BAB V.....	52

21.1 Kesimpulan.....	52
21.2 Saran	53
Daftar Pustaka.....	54
Lampiran 1	55
Lampiran 2	56
Lampiran 3	57
Lampiran 4	64
Lampiran 5	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Algoritma Deteksi Kasus	10
Gambar 2.2 Prosedur Kerja SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon).....	12
Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019	18
Gambar 4.2 Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019.....	20
Gambar 4.3 Trend Kelengkapan Laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018.....	23
Gambar 4.4 Trend Ketepatan Laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018	24
Gambar 4.5 Trend Alert yang Direspon di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018	25
Gambar 4.6 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Kelengkapan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2016	26
Gambar 4.7 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Kelengkapan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2017	27
Gambar 4.8 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Kelengkapan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2018	28
Gambar 4.9 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Ketepatan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2016	29
Gambar 4.10 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Ketepatan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2017	30
Gambar 4.11 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Ketepatan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2018	31
Gambar 4.12 Capaian Kelengkapan Laporan Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	32
Gambar 4.13 Capaian Ketepatan Laporan Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur	33
Gambar 4.14 Capaian Alert yang Direspon Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018.....	34
Gambar 4.15 Capaian Kelengkapan Laporan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018.....	35
Gambar 4.16 Capaian Ketepatan Laporan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	36
Gambar 4.17 akar penyebab masalah	45

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Nilai Ambang Batas dan Definisi Penyakit SKDR.....	6
Tabel 3.1 <i>Timeline</i> Kegiatan Magang	16
Tabel 4.1 Distribusi Penyakit Berdasarkan Alert.....	37
Tabel 4.2 Alur Data SKDR	39
Tabel 4.3 Skoring Metode CARL	43
Tabel 4.3 Skoring Prioritas Masalah.....	43

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang adalah kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan di luar lingkungan kampus khususnya di lembaga institusi untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi (FKM, 2018). Secara umum tujuan program magang adalah untuk memperoleh pengalaman, keterampilan, penyesuaian sikap dan penghayatan pengetahuan di dunia kerja dalam rangka memperkaya pengetahuan, sikap dan keterampilan bidang ilmu kesehatan masyarakat, serta melatih kemampuan bekerjasama dengan orang lain dalam satu tim sehingga di peroleh manfaat bersama baik bagi peserta magang maupun instansi tempat magang. (FKM, 2018).

Setelah pelaksanaan magang, mahasiswa diharapkan mampu memainkan peranannya, baik sebagai individu maupun dalam tim, serta implementasi intelektualitasnya selalu dilandasi dan berorientasi pada kesejahteraan masyarakat dalam mewujudkan kemandirian serta kemajuan bangsa. Melalui partisipasi dalam program mata kuliah magang tersebut, diharapkan mahasiswa memiliki gambaran yang jelas mengenai situasi dan dunia kerja secara nyata. Mahasiswa akan mengetahui kualitas dan kapabilitas *fresh graduate* seperti apa yang menjadi daya tarik institusi-institusi pemerintah dan swasta sehingga mahasiswa dapat mengukur kemampuan yang dimiliki dengan persyaratan dunia kerja. Hal ini sangat penting terlebih dalam era kontemporer tempat persaingan untuk mendapatkan pekerjaan sangat ketat. Dengan pengukuran terhadap kemampuan mereka, mahasiswa dapat memperbaiki diri agar menjadi lebih kompetitif dan potensial. Selain itu, mahasiswa juga diharapkan tidak mengalami kesulitan yang berarti dalam beradaptasi dengan lingkungan dunia kerja yang sangat berbeda dengan kehidupan kuliah.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka penulis sebagai mahasiswa Peminatan Epidemiologi di Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga Surabaya memilih Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai tempat yang sangat relevan untuk melaksanakan kegiatan magang. 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.

Pada era globalisasi saat ini, pergerakan dan aktivitas manusia bisa dilakukan dengan mudah dan cepat. Semakin tinggi mobilisasi penduduk dan transportasi perdagangan antar negara, berdampak pada perubahan pola penyakit dan berpotensi menyebarkan penyakit serta menimbulkan wabah atau kejadian luar biasa (KLB) yang berdampak pada risiko kesehatan lokal dan kesehatan global. Kondisi tersebut juga akan mempengaruhi pola dan jenis penyakit potensial wabah secara langsung maupun tidak langsung misalnya seperti malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), maupun penyakit *new emerging* seperti flu burung. International Health Regulation (IHR), bertujuan untuk mencegah, melindungi, dan mengendalikan terjadinya penyebaran penyakit secara internasional. Indonesia adalah salah satu negara yang wajib menjalankan dan mematuhi aturan tersebut. Hal tersebut dikarenakan Indonesia mempunyai letak yang strategis secara geografis masih memiliki beberapa penyakit potensial KLB seperti malaria, demam dengue, leptospirosis, diare, kolera, antraks, rabies, campak, pertussis, maupun ancaman flu burung pada manusia. Penyakit tersebut apabila tidak dipantau dan dikendalikan maka akan mengancam kesehatan masyarakat Indonesia dan menyebabkan KLB yang lebih besar atau bahkan dapat menyebar ke negara tetangga lainnya.

Untuk melindungi hal tersebut, Indonesia melalui Kemenkes RI bekerja sama dengan WHO membangun suatu sistem dalam deteksi dini dan respon terhadap penyakit potensial KLB yang dikenal dengan nama EWARS (*Early Warning Alert and Respon System*) (Depkes RI, 2008). EWARS adalah sebuah sistem yang berfungsi dalam mendeteksi adanya ancaman indikasi KLB penyakit menular yang dilaporkan secara mingguan dengan berbasis computer, yang dapat menampilkan sinyal *alert* atau signal peringatan nilai ambang batas di suatu wilayah, dan *alert* atau signal peringatan dini yang muncul pada sistem, bukan berarti sudah terjadi KLB tetapi merupakan pra-KLB yang mengharuskan petugas untuk melakukan respon cepat agar tidak terjadi KLB (Depkes RI, 2012). Terdapat 23 jenis penyakit yang dilaporkan melalui EWARS yaitu diare akut, malaria konfirmasi, tersangka demam berdarah dengue, pneumonia, disentri, tersangka tifoid, jaundice akut, tersangka chikungunya, tersangka flu burung pada manusia, campak klinis, tersangka difteri, tersangka pertussis AFP (lumpuh layuh mendadak), gigitan hewan menular rabies, tersangka *antrax*, tersangka leptospirosis, tersangka kolera, cluster penyakit yang tidak lazim, tersangka meningitis, tersangka tetanus neonatorum, ILI (*Influenza Like Illnes*),

HFMD (*Hand Foot Mouth Disease*), dan tetanus. Banyaknya penyakit yang diamati dan dilaporkan setiap minggunya diharapkan potensi terjadinya KLB semakin kecil .

Peran unit pelaksana terdepan dalam pelaksanaan surveilans EWARS adalah Puskesmas, dimana peran Puskesmas dalam pelaksanaan EWARS adalah melakukan pelaporan sesuai dengan format mingguan melalui sms gateway dan melakukan validasi data dari unit. Laporan mingguan dari Puskesmas sangat berpengaruh terhadap berjalannya program dalam upaya mendeteksi penyakit yang berpotensi KLB (KEMENKES RI, 2015). Karena semakin tinggi ketepatan laporan maka semakin cepat sinyal peringatan dini (*alert*) terhadap KLB terdeteksi dan semakin tinggi tingkat kelengkapan laporan maka semakin luas sinyal peringatan dini (*alert*) terhadap KLB terdeteksi. Selain itu petugas kabupaten/kota dalam SKDR ini melakukan verifikasi dari data sms yang masuk dan melakukan umpan balik berdasarkan pemantauam web SKDR. Petugas provinsi bertugas untuk melakukan pemantauan dan memberikan bimbingan teknis secara rutin dan berjenjang (KEMENKES RI, 2015).

Indikator nasional di tingkat Puskesmas untuk kelengkapan laporan mingguan adalah 90% dan ketepatan laporan mingguannya adalah 80% (KEMENKES RI, 2012). Berdasarkan *website* SKDR, kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur yang belum sesuai dengan indikator kelengkapan dan ketepatan pelaporan pada tahun 2018 di tingkat Puskesmas adalah Bojonegoro, Bondowoso, Gresik, Lamongan, Lumajang, Madiun, Malang, Mojokerto, Ngawi, Pacitan, Ponorogo, Probolinggo, Sampang, Situbondo, Sumenep, Tuban, Tulungagung, Kota Malang, Kota Probolinggo..Berdasarkan data dari Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menunjukkan bahwa pada tahun 2018 kelengkapan laporan W2 Puskesmas adalah 89,6%% ,ketepatan waktu laporan W2 sebesar 74,6% dan alert yang direspon sebesar 55,56%. Pelaksanaan EWARS dapat terlaksana dengan baik bila sistem yang membangun program tersebut baik pula. Sistem yang membangun program dibentuk oleh komponen input, proses, dan output (Azrul, 2010). Tujuan dari penelitian ini adalah menggambarkan kelengkapan laporan, ketepatan, dan *alert* sebagai upaya deteksi dini Kejadian Luar Biasa di Provinsi Jawa Timur melalui SKDR.

1.2 Tujuan Kegiatan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis gambaran pelaksanaan kegiatan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 .

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari struktur organisasi dan prosedur kerja bagian surveilans dan imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2018.
2. Mendeskripsikan program surveilans dan imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2018.
3. Menggambarkan distribusi capaian kelengkapan pelaporan, ketepatan pelaporan dan alert yang direspon dalam sistem kewaspadaan dini dan respon di Provinsi Jawa Timur.
4. Mengidentifikasi tahapan sistem kewaspadaan dini dan respon mulai proses pengumpulan, pengolahan, analisis data dan diseminasi data di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018.
5. Mengidentifikasi masalah, prioritas masalah, menentukan penyebab masalah dan memberikan alternatif solusi dalam pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2018.
6. Menggambarkan kegiatan lapangan yang dilakukan instansi dan menerapkan konsep epidemiologi.

1.3 Manfaat Kegiatan

1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa

Dapat menambah pemahaman mahasiswa terutama mengenai pelaksanaan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) di lingkup Provinsi Jawa Timur. Dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah di dapat selama proses perkuliahan.

1.3.2 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Memperoleh informasi mengenai gambaran pelaksanaan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) 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 SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) dari hasil identifikasi masalah yang dilaksanakan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi dan Tujuan SKDR

Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) merupakan salah satu implementasi dalam penerapan EWASRS di Indonesia sebagai Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS) yang telah dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan (Astuti, 2017). Awal pengembangan sistem ini dimulai sejak tahun 2009 dan sejak tahun 2016 dikembangkan ke 34 provinsi di Indonesia. SKDR adalah sebuah sistem yang bertujuan untuk mendeteksi secara dini terhadap ancaman KLB penyakit menular, stimulasi dalam melakukan pengendalian KLB penyakit menular, meminimalkan kesakitan/kematian yang berhubungan dengan KLB, memonitoring kecenderungan penyakit menular. Unit pelaporan dari sistem ini adalah puskesmas, dan kelengkapan maupun ketepatan laporan dari unit pelapor dihitung berdasarkan jumlah puskesmas di setiap kabupaten/kota dan provinsi dan secara otomatis dihitung oleh aplikasi software bersama EWARS (*Early Warning Alert Respon System*). SKDR bertujuan untuk memberikan peringatan dini dalam bentuk alert terhadap penyakit menular yang berpotensi menimbulkan KLB. Sinyal atau tanda peringatan terjadi bila ada peningkatan kasus yang melebihi nilai ambang batas yang telah ditetapkan. Berdasarkan situasi tersebut semua puskesmas yang melaksanakannya, wajib memiliki pedoman tersebut sebagai acuan dalam pelaksanaannya (KEMENKES RI, 2012).

Sedangkan menurut KEMENKES tahun 2012 tujuan dari SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) adalah :

1. Menyelenggarakan deteksi dini KLB bagi penyakit menular.
2. Stimulasi dalam melakukan pengendalian KLB penyakit menular.
3. Meminimalkan kesakitan/kematian yang berhubungan dengan KLB
4. Memonitoring kecenderungan penyakit menular
5. Menilai dampak program pengendalian penyakit secara spesifik.

2.2 Algoritma Diagnosis Penyakit dan Respon

2.2.1 Definisi Algoritma

Algoritma merupakan suatu pola pikir atau standar operasional prosedur. Algoritma berfungsi untuk menyamakan persepsi dan langkah petugas kesehatan untuk

mendiagnosis penyakit, prosedur pengambilan specimen, alur pelaporan dan respon jika terjadi KLB. Algoritma terdiri dari algoritma untuk deteksi kasus dan untuk respon KLB. Respon KLB terdiri dari respon tatalaksana kasus, respon kesehatan masyarakat, dan respon pelaporan hasil investigasi KLB. Algoritma berisi alur deteksi dan respon terhadap 10 kelompok penyakit dan sindrom (23 penyakit). 10 kelompok penyakit tersebut meliputi

1. Gastroenteritis akut,
Meliputi diare, diare berdarah/disentri dan tersangka kolera.
2. Tersangka campak,
3. Sindrom neurologi akut,
Meliputi meningitis/encephalitis, Acute Flacid Paralysis (AFP), tersangka tetanus neonatorum dan tersangka tetanus.
4. Sindrom infeksi saluran pernapasan,
Pneumonia, tersangka pertussis, tersangka difteri dan tersangka flu burung.
5. Penyakit dengan demam,
Tersangka demam dengue, tersangka chikungunya dan tersangka flu burung.
6. sindrom jaundis akut,
7. tersangka anthraks,
8. kasus gigitan hewan penular rabies,
9. tersangka HFMD dan
10. klaster penyakit yang tidak lazim.

2.2.2 Nilai Ambang dan Definisi Penyakit SKDR

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

Tabel 2.1 Nilai Ambang Batas dan Definisi Penyakit SKDR

No	Penyakit	Niali Ambang	Definisi Operasional
1.	Diare akut	Peningkatan kasus	<p>Pada dewasa : BAB (defekasi) dengan tinja lembek atau setengah cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali</p> <p>Pada anak : BAB yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (pada umumnya 3 kali atau lebih per hari dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 7 hari).</p> <p>Pada neonatus yang mendapat ASI: diare akut adalah buang air besar</p>

No	Penyakit	Niali Ambang	Definisi Operasional
			dengan frekuensi lebih sering (biasanya 5-6 kali per hari) dengan konsistensi cair.
2.	Malaria konfirmasi	Peningkatan kasus	Penderita yang di dalam tubuhnya ada plasmodium atau parasite malaria dan dibuktikan dengan RDT (<i>Rapid Diagnostic Test</i>) positif dan/atau pemeriksaan mikroskopis positif.
3.	Tersangka Demam Dengue	Peningkatan kasus	Demam mendadak tanpa sebab yang jelas 2-7 hari, mual, muntah, sakit kepala, nyeri belakang bola mata (nyeri <i>retro orbital</i>), nyeri sendi, dan adanya manifestasi perdarahan sekurang-kurangnya uji tourniquet positif.
4.	Pneumonia	Peningkatan kasus	Pada usia < 5 tahun ditandai dengan batuk dan/atau tanda kesulitan bernapas (adanya napas cepat, kadang disertai tarikan dinding dada bagian bawah kesalam (TDDK) atau gambaran radiologi foto torak menunjukkan infiltrat paru akut), frekuensi napas berdasarkan usia penderita: <2 bulan : 60/menit 2-12 bulan : 50/menit 1-5 tahun : 40/menit Pada usia > 5 tahun ditandai dengan demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, batuk dan/atau kesulitan bernapas, dan nyeri dada saat menarik napas.
	Diare Berdarah atau Disentri	Peningkatan kasus	Diare dengan darah disertai atau tidak disertai dengan lender dalam tinja, dapat juga disertai dengan adanya tenesmus.
6.	Tersangka Demam Tifoid	Poisson	Dengan anamnesis pemeriksaan fisik didapatkan gejala demam, gangguan sakuran cerna dan tanda gangguan kesadaran.
7.	Sindrom Jaundis Akut	Poisson	Gejala penyakit yang timbul secara mendadak (<14 hari) ditandai dengan kulit dan sklera berwarna ikterik/kuning dan urin berwarna gelap.
8.	Tersangka Chikungunya	Poisson	Demam mendadak $38,5^{\circ}\text{C}$ dan nyeri sendi yang hebat dapat disertai adanya ruam
9.	Tersangka Flu Burung pada Manusia	1 kasus	ILI dengan kontak unggas sakit atau mati mendadak, produk unggas atau leukopenia atau pneumonia.
10.	Tersangka Campak	1 kasus	Demam $>38^{\circ}\text{C}$ swlama 3 hari atau lebih disertai bercak kemerahan

No	Penyakit	Niali Ambang	Definisi Operasional
			berbentuk makulopopular, disertai salah satu gejala batuk, pilek atau mata merah (konjungtivitis)
11.	Tersangka Difteri	1 kasus	Panas 38 °C, sakit menelan, sesak napas disertai bunyi (stridor) dan ada tanda selaput putih keabu-abuan (pseudomembran) di tenggorokan dan pembesaran kelenjar leher.
12.	Tersangka Pertusis	1 kasus	Batuk lebih dari 2 minggu disertai dnegan batuk yang khas (terus-menerus/paroxysmal), napas dengan bunyi “whoop” dan kadang muntah setelah batuk.
13.	AFP (<i>Accute Flacid Paralysis</i>)	1 kasus	Kasus lumpuh layu mendadak, bukan disebabkan oleh ruda paksa/trauma pada anak <15 tahun.
14.	Kasus Gigitan Hewan Penular Rabies	1 kasus	Kasus gigitan hewan (anjing, kucing, tupai, monyet, kelelawar) yang dapat menularkan rabies pada manusia, atau kasus dengan gejala stadium prodromal (demam, mual, malaise/lemas) atau kasus dengan gejala stadium sensoris (rasa nyeri, rasa panas disertai kesemutan pada tempat bekas luka, cemas dan reaksi berlebihan terhadap rangsangan sensorik).
15.	Tersangka Antraks	1 kasus	<p>Antraks Kulit : Papel pada inokulasi, rasa gatal tanpa disertai rasa sakit, 2-3 hari vesikel berisi cairan kemerahan, haemoragik menjadi jaringan nekrotik, ulsera ditutupi kerak hitam, kering, Eschar (patognomonik), demam, sakit kepala dan pembengkakan kelenjar limfe regional.</p> <p>Antraks Saluran Pencernaan : Rasa sakit perut hebat, mual, muntah, tidak napsu makan, demam, konstipasi, gastroenteritis akut kadang diertai darah, hematemesis, pembesaran kelenjar limfe daerah inguinal, perut membesar dank eras, asites dan oedema scrotum, melena.</p> <p>Antraks Paru-paru : Gejala klinis antraks paru-paru sesuai dengan tnada-tanda bronchitis. Dalam waktu 2-4 hari gejala semakin berkembang dnegan gangguan respirasi berat, demam, sinosis, dispnue, stridor,</p>

No	Penyakit	Niali Ambang	Definisi Operasional
			keringat berlebihan, detak jantung meningkat, nadi lemah dan cepat. Kematian biasanya terjadi 2-3 hari setelah gejala klinis timbul.
16.	Tersangka Leptospirosis	1 kasus	Pasien dengan gejala demam < 9 hari dengan suhu > 38°C disertai gejala <i>conjunctivital suffusion</i> (radang pada konjungtiva), nyeri betis, jaundis/ikterik/kuning.
17.	Tersangka Kolera	1 kasus	Penderita menjadi dehidrasi berat karena diare akut cair secara tiba-tiba (biasanya disertai muntah dan mual), tinjanya cair seperti air cucian beras
18.	Klaster Penyakit yang tidak lazim	3 kasus	Didapatkan tiga atau lebih kasus/kematian dengan gejala sama di dalam satu kelompok masyarakat/desa dalam satu periode waktu yang sama (lebih kurang 7 hari), yang tidak dapat dimasukkan ke dalam definisi kasus penyakit yang lain
19.	Tersangka Meningitis/Ensefalitis	Poisson	Panas >38°C mendadak, sakit kepala, kaku kuduk, kadang disertai penurunan kesadaran dan muntah. Pada anak <1 tahun ubun-ubun besar cembung.
20.	Tersangka Tetanus Neonatorum	1 kasus	Setiap bayi lahir hidup umur 3-28 hari sulit menyusu/menetek, dan mulut mencucu dan disertai dengan kejang rangsang.
21.	Tersangka Tetanus	1 kasus	Ditandai dengan kontraksi dan kekejangan otot mendadak, dan sebelumnya ada riwayat luka.
22.	ILI (<i>Influenza Like Illnes</i>)	Peningkatan kasus	Penderita dengan gejala demam \geq 38°C disertai batuk atau sakit tenggorokan
23.	Tersangka HFMD	1 kasus	Demam 38-39°C dalam 3-7 hari, nyeri telan, nafsu makan turun, muncul vesikel di rongga mulut dan atau ruam di telapak tangan, kaki dan di bagian pangkal paha. Biasanya terjadi anak dibawah 10 tahun

Sumber : KEMENKES RI, 2012

Keterangan :

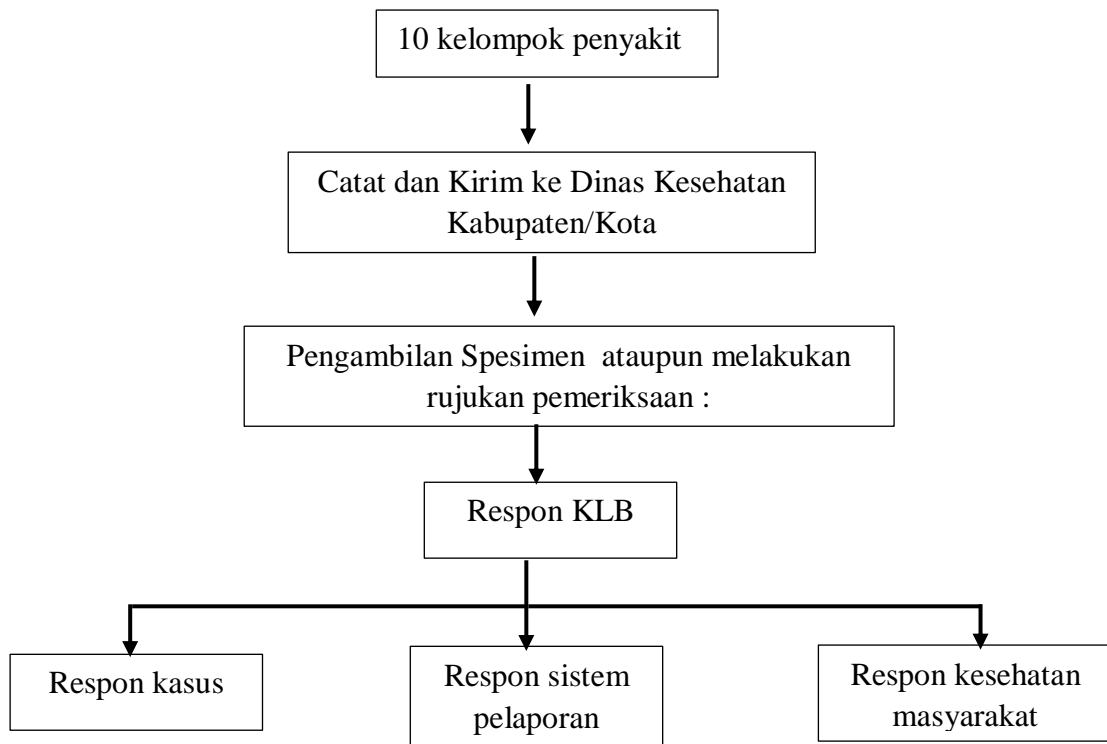
1. Poisson adalah nilai ambang batas yang mengikuti distribusi diskrit yang mengestimasi probabilitas munculnya suatu keluaran dalam suatu standar unit tertentu sebanyak X kali, dimana rata – rata kemunculan keluaran tersebut per unitnya konstan sebesar I. Standar ini dapat berupa interval waktu (menit, detik,

hari, bulan, dan lain-lain) atau luas daerah tertentu. Pada nilai ambang ini, angka kemaknaan sinyal kasus mengikuti nilai $p < 0,05$, artinya bila kriteri kasus lebih kecil dari nilai ambang, maka nilai alert akan lebih bermakna.

2. Peningkatan kasus adalah adanya peningkatan jumlah kasus lebih dari 1,5 kali dari periode sebelumnya.

2.2.3 Algoritma Deteksi Kasus dan Respons KLB

Standar operasional prosedur untuk mendeteksi kasus dan respons KLB 10 kelompok penyakit dan syndrome (23 penyakit) yaitu :



Gambar 2.1 Algoritma Deteksi Kasus

Berdasarkan bagan di atas didapatkan informasi bahwa dari 10 penyakit dilakukan pencatatan dan pengiriman ke dinas kesehatan kabupaten/kota . Selanjutnya dilakukan pengambilan specimen ataupun dilakukan rujukan pemeriksaan dan dilakukan respon KLB yang meliputi respon kasus, respon sistem pelaporan dan respon kesehatan masyarakat . Akan tetapi pada kasus gastroenteritis akut sebelum dilakukan pengambilan specimen dilihat kemungkinan etologinya.

2.3 Indikator Pelaksanaan SKDR

Beberapa indikator pelaksanaan SKDR menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2012 meliputi:

1. Kelengkapan Laporan Data

Kelengkapan pelaporan adalah kelengkapan data kasus yang dilaporkan oleh petugas secara mingguan ke pusat. Kelengkapan laporan dikatakan lengkap apabila data penyakit yang dilaporkan masuk ke dalam sistem EWARS. Target kelengkapan laporan data yaitu 90%.

2. Ketepatan Laporan Data

Ketepatan pelaporan adalah ketepatan waktu petugas dalam melakukan pengiriman kasus penyakit melalui SMS ke pusat. Ketepatan laporan dikatakan tepat apabila pengiriman data mingguan dilakukan tepat pada hari Selasa oleh petugas puskesmas melalui SMS sesuai dengan kalender mingguan epidemiologi. Apabila pengiriman dilakukan setelah hari Selasa maka dikatakan bahwa pelaporan tidak tepat waktu. Target ketepatan laporan data yaitu 80%.

3. Respon *Alert*

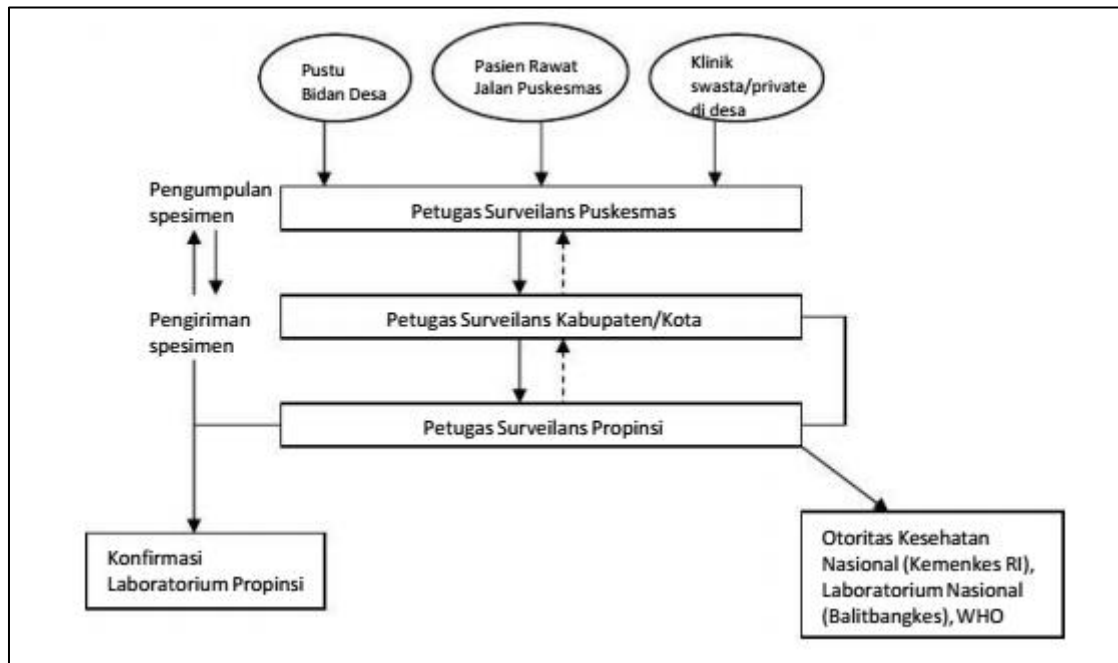
Alert adalah output yang dihasilkan dari EWARS dalam bentuk sinyal peringatan dini adanya peningkatan kasus melebihi nilai ambang batas penyakit di suatu wilayah. Verifikasi *Alert* adalah kegiatan untuk melakukan klarifikasi apabila ditemukan sinyal *alert* (peringatan dini) dari puskesmas, yaitu pelaksanaan respon < 24 jam dari petugas puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bila terdapat laporan *alert*/peringatan dini melebihi nilai ambang batas yang ditentukan sehingga penyakit yang berpotensi terjadi KLB akan mendapat penanganan yang cepat. Target *alert* yang direspon adalah 80%.

2.4 Prosedur Kerja SKDR

Proses kerja SKDR dimulai dari unit pelayanan kesehatan di wilayah puskesmas seperti puskesmas, bidan desa, mantri, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya akan memberikan pelaporan sesuai format mingguan. Selanjutnya dilakukan rekapitulasi oleh puskesmas untuk melaporkan ke server nasional berdasarkan format yang telah ada. Pada tingkat kabupaten/kota akan membuat transkrip dan merekap semua sms yang sudah melaporkan format mingguan dan mengecek semua laporan yang dikirimkan. Petugas surveilans kabupaten/kota akan menghubungi puskesmas yang belum lengkap dan tepat laporannya. Apabila ada notifikasi *alert* penyakit, maka petugas surveilans kabupaten/kota akan memverifikasi data tersebut dan langsung melakukan *respond and control* sesuai dengan SOP. Apabila ada indikasi KLB, maka petugas surveilans akan mengambil sampel dan dikirimkan ke laboratorium rujukan sesuai dengan SOP. Petugas surveilans provinsi memantau dan memonitoring kinerja masing-masing kabupaten/kota

dan dapat segera mengambil alih tugasnya terutama untuk memverifikasi alert. Bila terjadi KLB membantu kabupaten/kota sesuai dengan prosedur yang berlaku. Selanjutnya sebagai upaya *feedback* pada implementasi sistem surveilans. Gambaran dan skema kerja SKDR seperti di bawah ini

Gambar 2.2 Prosedur Kerja SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon)



Sumber: KEMENKES RI, 2012

2.5 Jejaring Surveilans

Berdasarkan Permenkes Nomor 45 Tahun 2014, dalam rangka penyelenggaraan surveilans kesehatan, dibangun dan dikembangkan koordinasi, jejaring kerja dan kemitraan antar instansi. Jejaring surveilans kesehatan diselenggarakan oleh seluruh unit penyelenggara surveilans kesehatan termasuk pada tingkatan puskesmas. Jejaring dapat dilakukan didalam unit pelayanan puskesmas (jejaring internal) dan antar puskesmas dengan fasilitas kesehatan lainnya seperti rumah sakit dan praktisi swasta (jejaring eksternal). Dalam pelaksanaan surveilans diperlukan kerjasama dan jejaring yang kuat dan berkualitas tinggi dalam melaksanakan kewaspadaan dini terhadap rumor penyakit yang muncul. Berdasarkan hasil penelitian data yang dilaporkan oleh puskesmas hanya berasal dari bidan desa, bidan praktek mandiri dari pustu. Namun untuk rumah bersalin dan klinik swasta hanya mengirimkan laporan jumlah kunjungan baik rawat inap maupun rawat jalan. Sedangkan dari dokter praktik swasta baik yang umum maupun spesialis tidak ada laporan sama sekali (Yatmi et al, 2016).

2.6 Penentuan Prioritas Masalah

2.6.1 Definisi Penentuan Prioritas

Penentuan prioritas adalah merupakan langkah yang sangat penting dan menentukan dalam rangka proses perencanaan, bahkan sering dikemukakan sebagai jantung kedua setelah pengambilan keputusan. Hal tersebut pada umumnya disebabkan karena sarana bidang kesehatan yang terbatas, sedangkan masalah yang harus ditanggulangi banyak dan kompleks. Masalah yang sering muncul dalam proses perencanaan dalam kaitan pengambilan keputusan adalah tentang penentuan prioritas masalah dan solusi serta alokasi pembiayaan

2.6.2 Metode CARL

Metode CARL adalah suatu teknik atau cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah jika data yang tersedia adalah data kualitatif. Metode ini dilakukan dengan menentukan skor atas kriteria tertentu, seperti kemampuan (*capability*), kemudahan (*accessibility*), kesiapan (*readiness*), serta pengaruh (*leverage*). Semakin besar skor semakin besar masalahnya, sehingga semakin tinggi letaknya pada urutan prioritas (Supriyanto, 2010)

Penggunaan metode CARL untuk menetapkan prioritas masalah dilakukan apabila pengelola program menghadapi hambatan keterbatasan dalam menyelesaikan masalah. Penggunaan metode ini menekankan pada kemampuan pengelola program. Kriteria CARL tersebut mempunyai arti :

1. C (*Capability*), yaitu ketersediaan sumber daya (dana, sarana/ peralatan)
2. A (*Accesibility*), yaitu kemudahan mengatasi masalah. Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/ cara/ teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau juklak.
3. R (*Readness*), yaitu kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/ kemampuan dan motivasi
4. L (*Leverage*), yaitu seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas.

Langkah pelaksanaan CARL:

1. Menuliskan daftar masalah yang didapat
2. Menentukan skor atau nilai yang akan diberikan pada tiap masalah
3. Menghitung skor akhir, yaitu hasil dari $C \times A \times R \times L$
4. Mengurutkan skor, dan skor yang tertinggi menjadi masalah yang diprioritaskan

2.7 Analisis Penyebab Masalah dengan Metode Diagram *Fishbone*

Diagram *Cause and Effect* atau diagram sebab akibat adalah alat yang membantu mengidentifikasi, memilah, dan menampilkan berbagai penyebab yang mungkin dari suatu masalah, dan menampilkan berbagai penyebab yang mungkin dari suatu masalah atau karakteristik kualitas tertentu. Diagram ini menggambarkan hubungan antar masalah dengan semua faktor penyebab yang memengaruhi masalah tersebut. Jenis diagram ini menggambarkan hubungan antara masalah dengan semua faktor penyebab yang memengaruhi masalah tersebut. Jenis diagram ini disebut juga diagram Ishikawa, diagram *Fishbone* atau diagram Tulang Ikan.

Diagram *fishbone* dapat digunakan untuk :

1. Mengenali akar penyebab masalah atau sebab mendasar akibat, masalah atau kondisi tertentu.
2. Memilah dan menguraikan pengaruh timbal balik antara berbagai faktor yang mempengaruhi akibat atau proses tertentu.
3. Menganalisa masalah yang ada sehingga tindakan yang tepat dapat diambil

Ketika menggunakan diagram *fishbone* sama dengan menyusun sebuah tampilan bergambar yang terstruktur dari daftar penyebab yang terorganisir untuk menunjukkan hubungan terhadap sebuah akibat tertentu. Langkah yang dilakukan dalam menyusun *fishbone* adalah sebagai berikut :

1. Menyepakati sebuah masalah yang diinterpretasikan sebagai *effect* atau akibat, secara visual dalam *fishbone* seperti kepala ikan.
2. Menggambar garis panah horizontal ke kanan yang akan menjadi tulang belakang
3. Dari garis horizontal utama dibentuk garis horizontal lain yang menjadi cabang. Setiap cabang mewakili penyebab utama dari masalah yang ditulis. Penyebab ini kemudian diinterpretasikan sebagai *cause*.
4. Untuk setiap penyebab utama, identifikasi faktor yang menjadi penyebab dari penyebab utama tersebut.
5. Mengidentifikasi lebih detail lagi secara bertingkat berbagai penyebab dan melanjutkan mengorganisasikannya dibawah kategori atau penyebab yang berhubungan
6. Mengaliris diagram.

Dalam pembuatan diagram ini diperlukan analisis sebab akibat yang tepat. Bagaimana kita memahami suatu penyebab masalah dan dimana kita meletakkannya

menjadi hal yang penting. Dengan begitu, ketika terjadi suatu masalah, kita bisa dengan tepat menganalisis akar permasalahan yang tepat dan akurat dengan mengandalkan diagram ini. Kriteria yang dapat digunakan untuk membentuk dan menentukan cabang dari *fishbone* adalah 6M2T1I (*Man, Machine, Money, Method, Material, Market, Technology, Time, Information*) (Supriyanto,2010)

BAB III METODE 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 pelaksanaan kegiatan sistem kewaspadaan dini dan respon yang kemudian disusun menjadi sebuah laporan.

3.2 Jenis dan Metode Kegiatan Magang

Kegiatan magang meliputi:

- a. Ceramah yaitu mendengarkan ceramah berupa penjelasan dari pembimbing di setiap bidang. Ceramah dilakukan dengan tatap muka secara langsung baik.
- b. Diskusi dan tanya jawab yaitu melakukan diskusi dengan koordinator magang instansi, pembimbing magang instansi, dan penanggung jawab program.
- c. Partisipasi aktif yaitu berupa ikut serta dalam kegiatan dinas lapangan dan 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 Pengendalian Penyakit dan Masalah Kesehatan (P2MK), khususnya seksi Surveilans dan imunisasi dan Pemberantasan Penyakit (P2).

3.3.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Waktu pelaksanaan magang adalah selama 5 minggu, yaitu mulai tanggal 02 Januari 2019 sampai 31 Januari 2019. Adapun jadwal magang sesuai dengan jam kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada umumnya yaitu mulai mulai pukul 07.00-15.30 WIB pada hari Senin-Kamis, dan pukul 07.00-14.30 WIB pada hari Jum'at. Pelaksanaan magang dilakukan di surveilans dan imunisasi. Berikut adalah jadwal magang Dinkes Provinsi:

Tabel 3.1 Timeline Kegiatan Magang

Kegiatan	Minggu ke-				
	1	2	3	4	5
Pelaksanaan magang					

Kegiatan	Minggu ke-				
	1	2	3	4	5
Pengumpulan data					
Pengolahan data, identifikasi masalah, prioritas masalah.					
Penentuan alternatif solusi masalah.					
Supervisi pembimbing					
Penyusunan Laporan Magang					
Seminar Hasil Laporan Magang					

3.4 Teknik Analisis Data

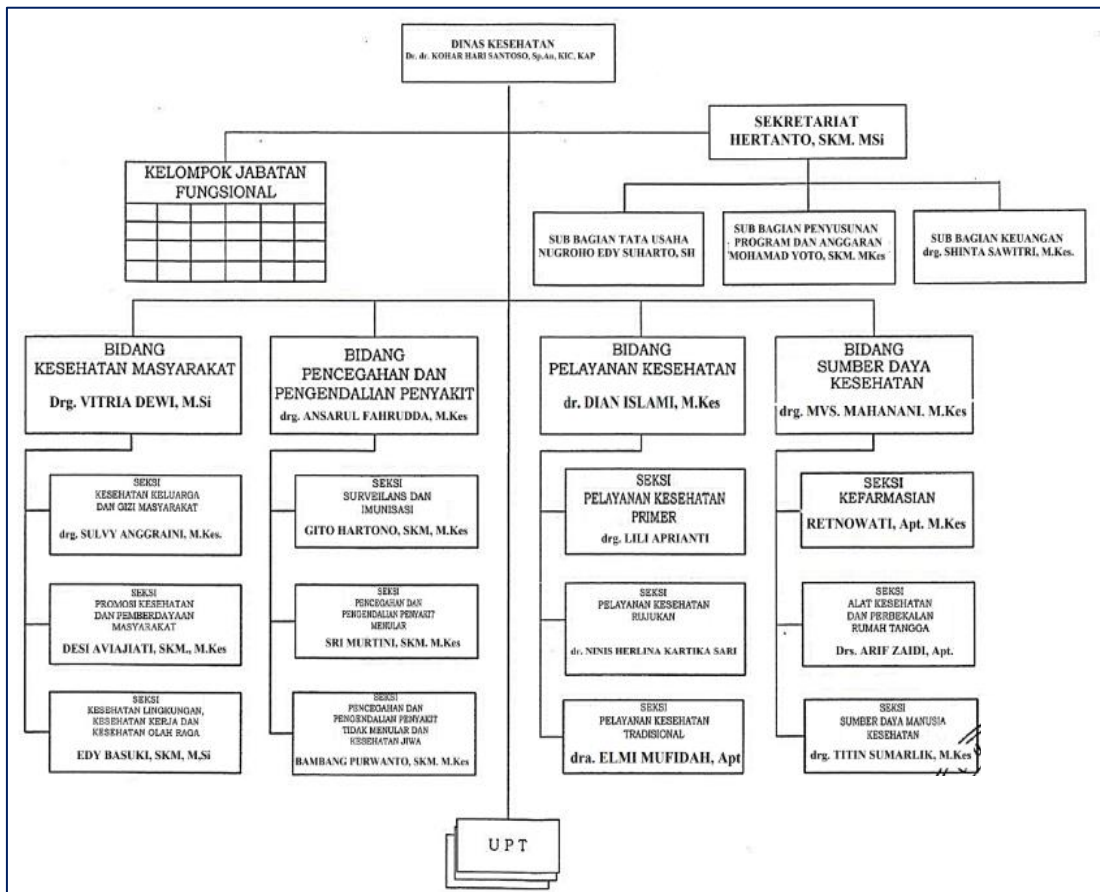
Data yang terkumpul dianalisis menggunakan cara deskriptif yaitu berupa gambaran mengenai situasi dan permasalahan terhadap pelaksanaan surveilans kesehatan haji di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Kegiatan tersebut dilakukan dengan menggunakan analisis pendekatan sistem yaitu *input*, proses, dan *output*. Sedangkan menggambarkan penyebab masalah menggunakan metode *fishbone*, dan proses penentuan prioritas masalah menggunakan metode CARL. Penyajian data dilakukan dengan pembuatan laporan serta disampaikan dengan melakukan presentasi saat seminar hasil.

**BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Gambaran Struktur Organisasi dan Prosedur Kerja Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Dinkes Jawa Timur Tahun 2019

4.1.1 Gambaran Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

Struktur kerja di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut :



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

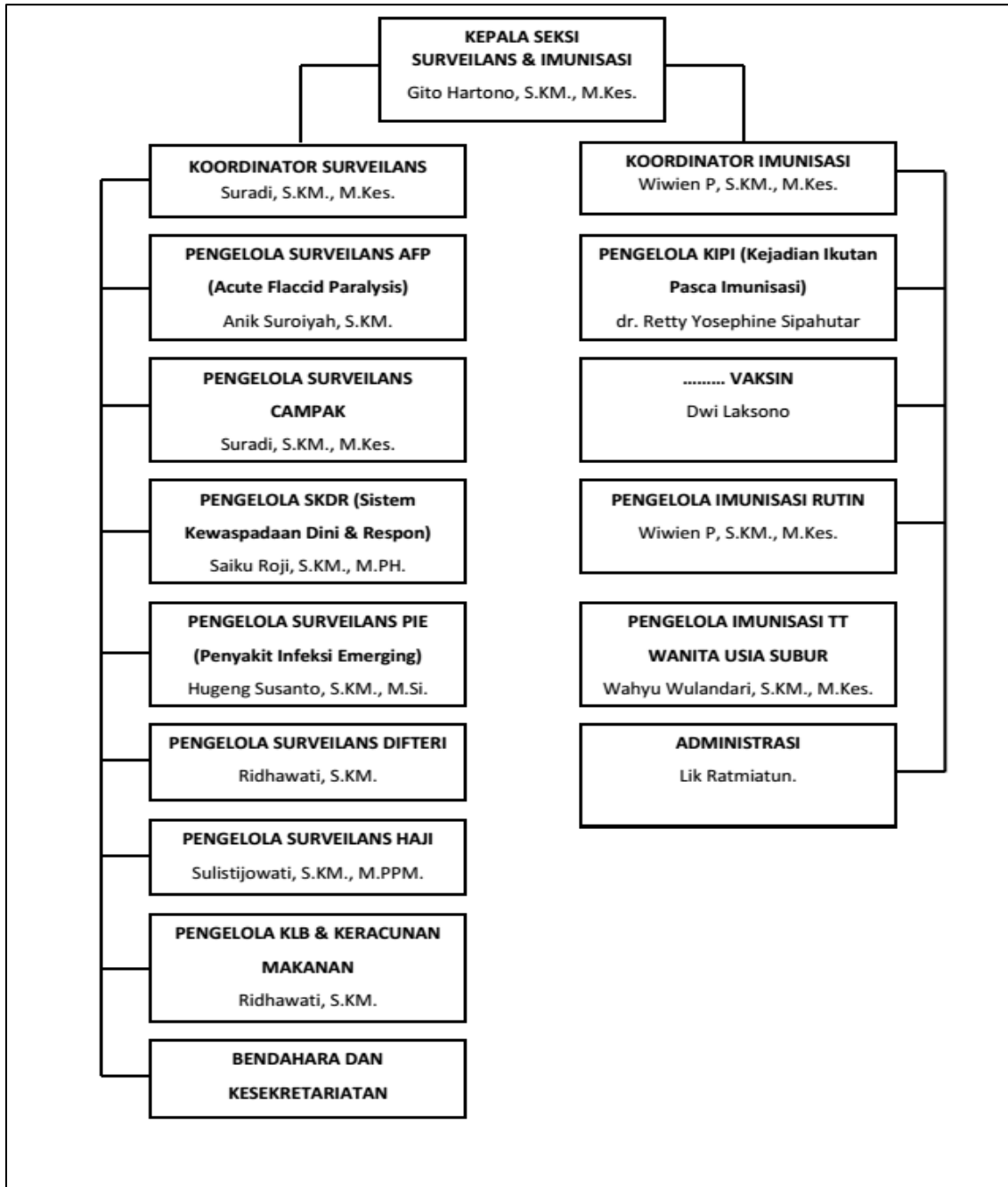
Sumber : website dinkes.jatimprov.go.id

Berdasarkan gambar di atas dapat didapatkan informasi bahwa di Dinas Kesehatan Jawa Timur struktur organisasinya terdiri dari Kelompok Jabatan Fungsional, UPT, Sekretariat, Bidang Kesehatan Masyarakat, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Bidang Pelayanan Kesehatan, Bidang Sumber Daya Kesehatan. Pada bagian Sekretariat terdiri dari Sub Bagian Tata Usaha, Sub Bagian penyusun Program dan Anggaran, Sub Bagian Keuangan. Pada Bagian Bidang Kesehatan Masyarakat terdiri dari Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat, Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat dan Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Kesehatan Olah Raga.

Kesehatan Olah Raga. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terdiri dari Seksi Surveilans dan Imunisasi, Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, serta Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa.

4.1.2 Gambaran Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

Struktur kerja di Seksi Surveilans dan Imunisasi pada Bidang Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut :



Gambar 4.2 Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

Sumber : Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan gambar di atas didapatkan Informasi bahwa pada seksi surveilans dan imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terdiri dari Surveilans dan Imunisasi. Pada Surveilans terdiri dari Koordinator Surveilans, Pengelolaan Surveilans AFP, Pengelolaan Surveilans Campak, Pengelolaan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon), Pengelola Surveilans PIE, Pengelola Surveilans DIFTERI, Pengelola KLB dan Keracunan Makanan. Bendahara dan Kesekretariatan. Sedangkan pada bagian Imunisasi terdiri dari Koordinator Imunisasi, Pengelola KIPI (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi) Pengelola Vaksin Rutin dan Administrasi.

4.2 Gambaran Program Surveilans dan Imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019.

4.2.1 Tugas dan Fungsi Dinas Kesehatan Provinsi

Berdasarkan Pergub No.74 Tahun 2016 dijelaskan bahwa tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Provinsi meliputi :

1. Tugas

Membantu Gubernur melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi di bidang Kesehatan serta tugas pembantuan.

2. Fungsi

- a. perumusan kebijakan di bidang kesehatan;
- b. pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan;
- c. pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan;
- d. pelaksanaan administrasi Dinas di bidang kesehatan; dan
- e. pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Gubernur terkait dengan tugas dan fungsinya.

4.2.2 Tugas dan Fungsi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi

Berdasarkan Pergub No.74 Tahun 2016 dijelaskan bahwa tugas dan fungsi Pencegahan dan Pengendalian PENYAKIT Dinas Kesehatan Provinsi meliputi :

1. 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.

2. 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; dan
- f. Pelaksanaan tugas – tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.

4.2.3 Tugas dan Fungsi Seksi Surveilans dan Imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi

Berdasarkan Pergub No.74 Tahun 2016 dijelaskan bahwa tugas dan fungsi Pencegahan dan Pengendalian PENYAKIT Dinas Kesehatan Provinsi meliputi :

1. Tugas

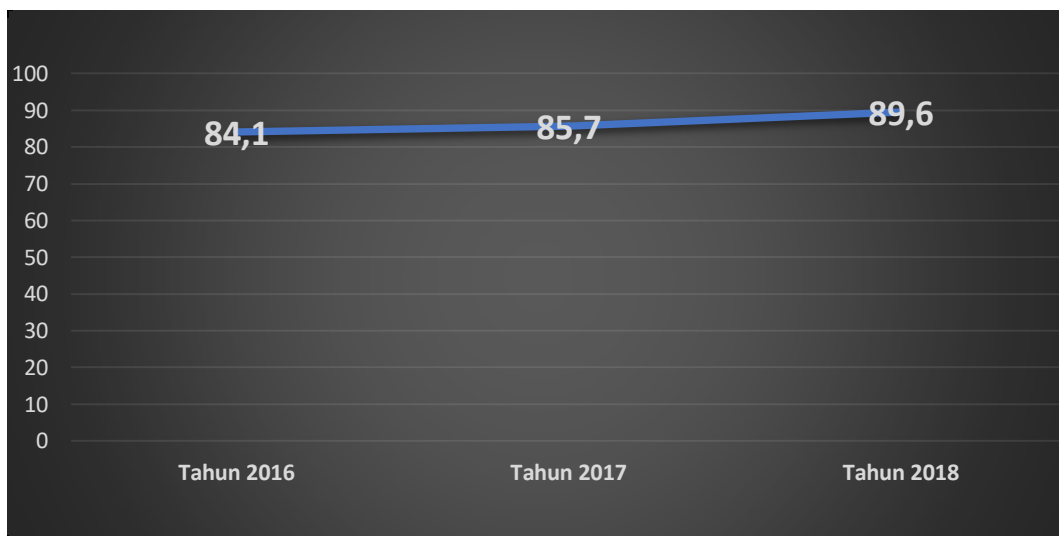
- a. Menyiapkan bahan penyusunan perencanaan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;

- 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 untuk 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 dnegan lintas sector tentang program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejdaian 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 fasilitas pelayanan kesheatan hai, dan
- j. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.
- k. Menyiapkan bahan penyusunan pelaksanaan sosialisasi kebijakan, pedoman umu, petunjuk pelaksanaan , petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadaian luar biasa.

4.3 Gambaran distribusi capaian kelengkapan pelaporan, ketepatan pelaporan dan alert yang di respon di Provinsi Jawa Timur

4.3.1 Trend Kelengkapan Laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

Kelengkapan laporan merupakan kelengkapan data kasus yang dilaporkan oleh petugas secara mingguan ke pusat. Selain itu perlu dilakukan pemantau terhadap perkembangan kelengkapan laporan yang telah dilakukan oleh petugas puskesmas di Provinsi Jawa Timur dengan melihat kinerja selama 3 kurun waktu. Berikut ini trend kelengkapan laporan di Provinsi Jawa Timur Pada Tahun 2016-2018 :



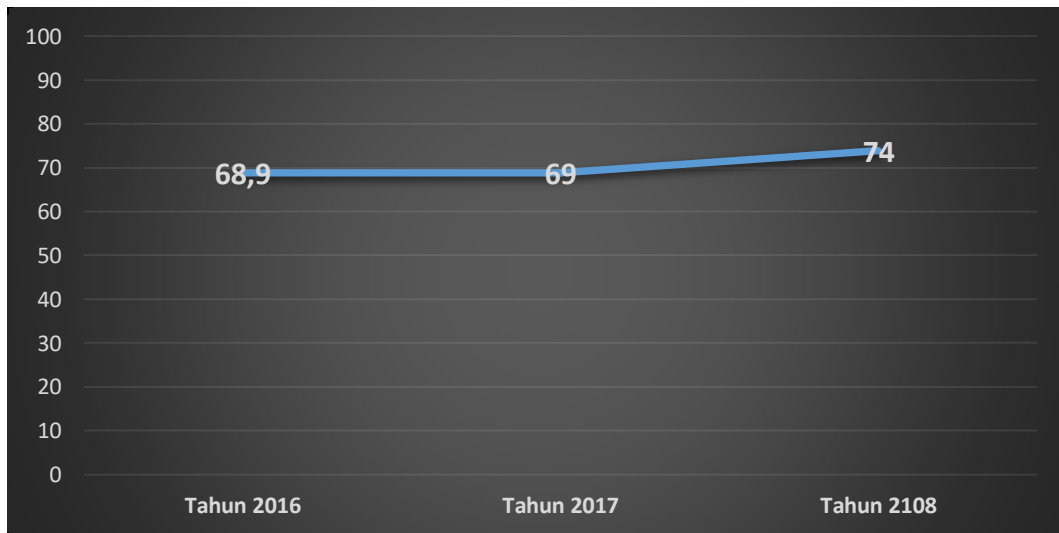
Gambar 4.3 Trend Kelengkapan Laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan data di atas diperoleh informasi bahwa trend kelengkapan laporan di Jawa Timur pada tahun 2016 sampai tahun 2018 mengalami peningkatan. Akan tetapi peningkatan yang dialami tersebut belum sampai memenuhi target kelengkapan laporan yaitu 90%. Pada tahun 2017 menuju tahun 2018 mengalami peningkatan yang signifikan yaitu dari 85,7% menuju 89,6%. Hal tersebut tetap perlu adanya upaya untuk mempertahankan peningkatan yang dialami hingga Provinsi Jawa Timur mencapai kelengkapan laporan yang optimal dan memenuhi target.

4.3.2 Trend Ketepatan Laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

Ketepatan laporan merupakan ketepatan waktu petugas dalam melakukan pengiriman kasus penyakit melalui SMS ke pusat. Selain itu perlu dilakukan pemantau terhadap perkembangan ketepatan laporan yang telah dilakukan oleh petugas puskesmas di Provinsi Jawa Timur dengan melihat kinerja selama 3 kurun waktu. Berikut ini trend ketepatan laporan di Provinsi Jawa Timur Pada Tahun 2016-2018 :



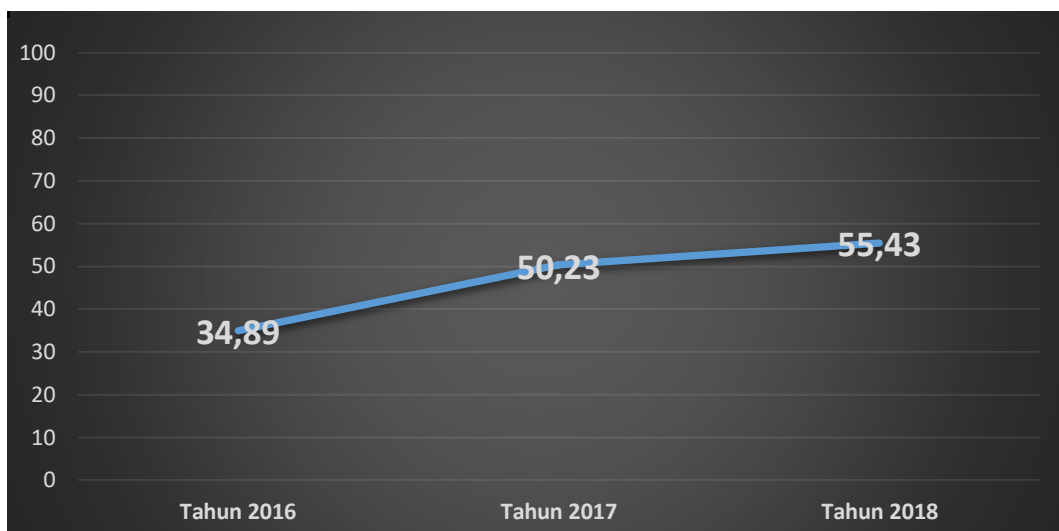
Gambar 4.4 Trend Ketepatan Laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan data di atas diperoleh informasi bahwa trend ketepatan laporan di Jawa Timur pada tahun 2016 sampai tahun 2018 mengalami peningkatan. Akan tetapi peningkatan yang dialami tersebut belum sampai memenuhi target ketepatan laporan yaitu 80%. Pada tahun 2017 menuju tahun 2018 mengalami peningkatan yang signifikan yaitu dari 69% menuju 74%. Hal tersebut tetap perlu adanya upaya untuk mempertahankan peningkatan yang dialami hingga Provinsi Jawa Timur mencapai ketepatan laporan yang optimal dan memenuhi target.

4.3.3 Trend Alert yang Direspon di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

Respon *alert* merupakan output yang dihasilkan dari EWARS/SKDR dalam bentuk sinyal peringatan dini adanya peningkatan kasus melebihi nilai ambang batas penyakit di suatu wilayah. Selanjutnya perlu dilakukan verifikasi *alert* yaitu kegiatan untuk melakukan klarifikasi apabila ditemukan sinyal alert dari puskesmas, yaitu pelaksanaan respon <24 jam dari petugas puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bila terdapat laporan *alert*/peringatan dini melebihi nilai ambang batas yang ditentukan sehingga penyakit berpotensi terjadi KLB akan mendapatkan penanganan yang cepat. Selain itu perlu dilakukan pemantau terhadap perkembangan *alert* yang direspon yang telah dilakukan oleh petugas puskesmas di Provinsi Jawa Timur dengan melihat kinerja selama 3 kurun waktu. Berikut ini trend *alert* yang direspon di Provinsi Jawa Timur Pada Tahun 2016-2018 :



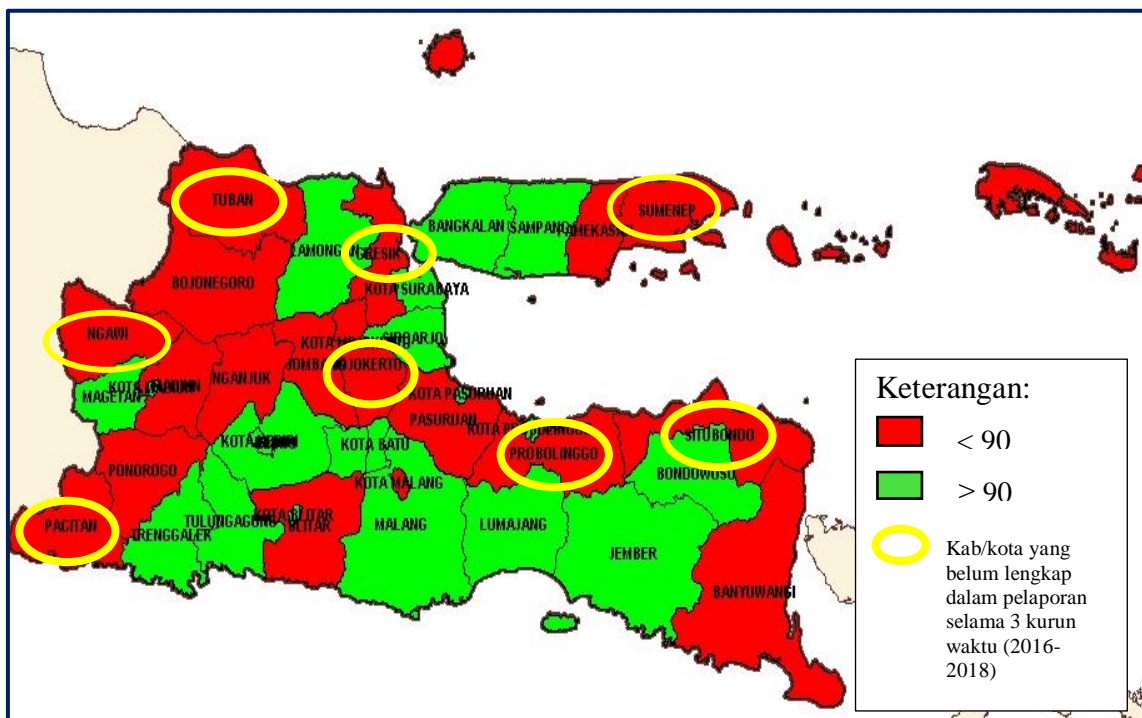
Gambar 4.5 Trend Alert yang Direspon di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan data di atas diperoleh informasi bahwa trend alert yang direspon di Jawa Timur pada tahun 2016 sampai tahun 2018 mengalami peningkatan. Akan tetapi peningkatan yang dialami tersebut belum sampai memenuhi target yaitu 80%. Presentase alert yang direspon di Jawa Timur yaitu pada tahun 2016 sebesar 34,89% (dari 2436 masih 850 yang direspon), tahun 2017 sebesar 50,23% (dari 2441 kasus masih 1226 yang direspon), dan tahun 2018 sebesar 55,43% (dari 1647 kasus masih 913 yang direspon). Hal tersebut tetap perlu adanya upaya untuk mempertahankan peningkatan yang dialami hingga Provinsi Jawa Timur mencapai respon alert yang yang optimal dan memenuhi target.

4.3.4 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Kelengkapan Laporan Selama 3 Kurun Waktu (Tahun 2016-2018)

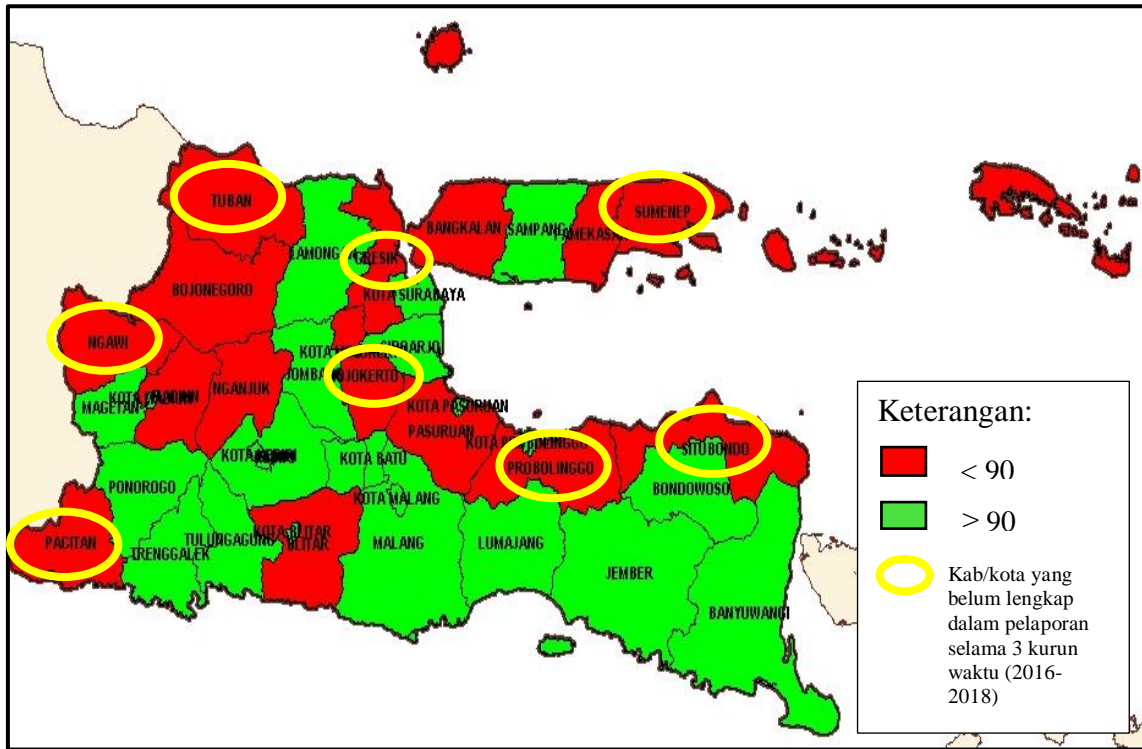
Pemetaan merupakan salah cara untuk mendapatkan informasi suatu penyebaran kasus ataupun masalah kesehatan. Pemetaan tersebut juga dapat dilakukan untuk menganalisis kondisi suatu tempat. Salah satu yang dapat dilakukan pemetaan yaitu pemetaan terhadap capaian kinerja laporan di setiap Kabupaten/Kota yang ada di Jawa Timur. Berikut ini pemetaan kabupaten/kota yang belum mencapai target kelengkapan laporan selama 3 kurun waktu :



Gambar 4.6 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Kelengkapan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2016

Sumber : website skdr.surveilans.org

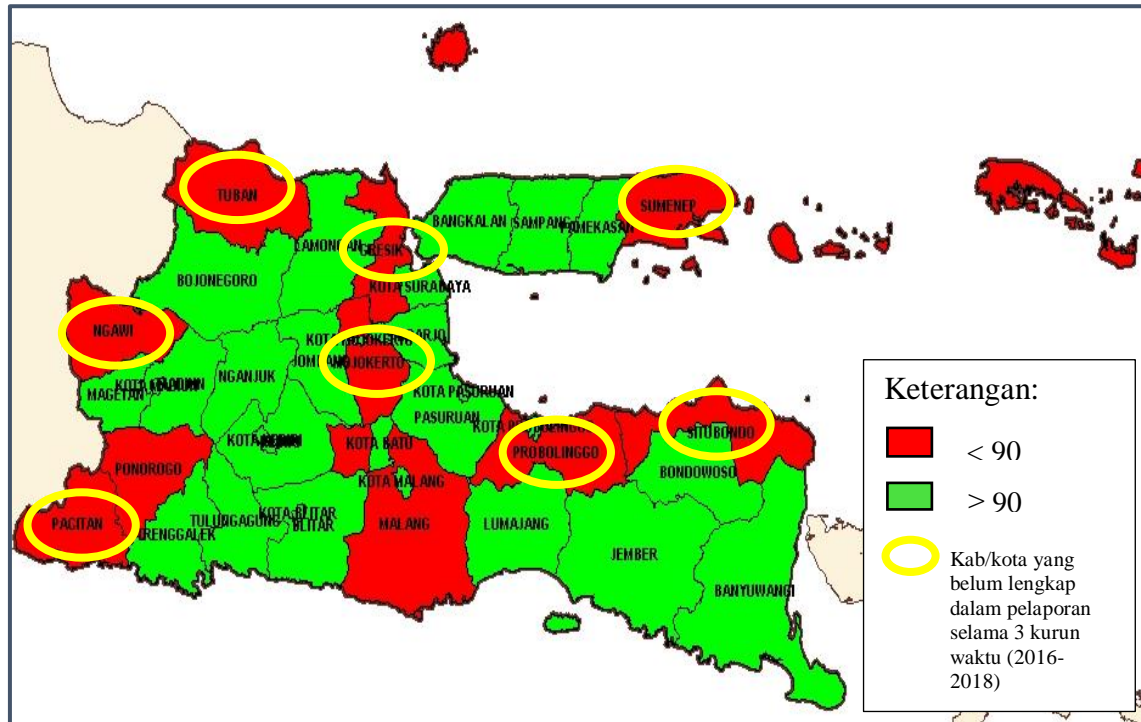
Berikut ini pemetaan kabupaten/kota yang belum mencapai target kelengkapan laporan selama 3 kurun waktu pada tahun 2017 :



Gambar 4.7 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Kelengkapan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2017

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berikut ini pemetaan kabupaten/kota yang belum mencapai target kelengkapan laporan selama 3 kurun waktu pada tahun 2018 :



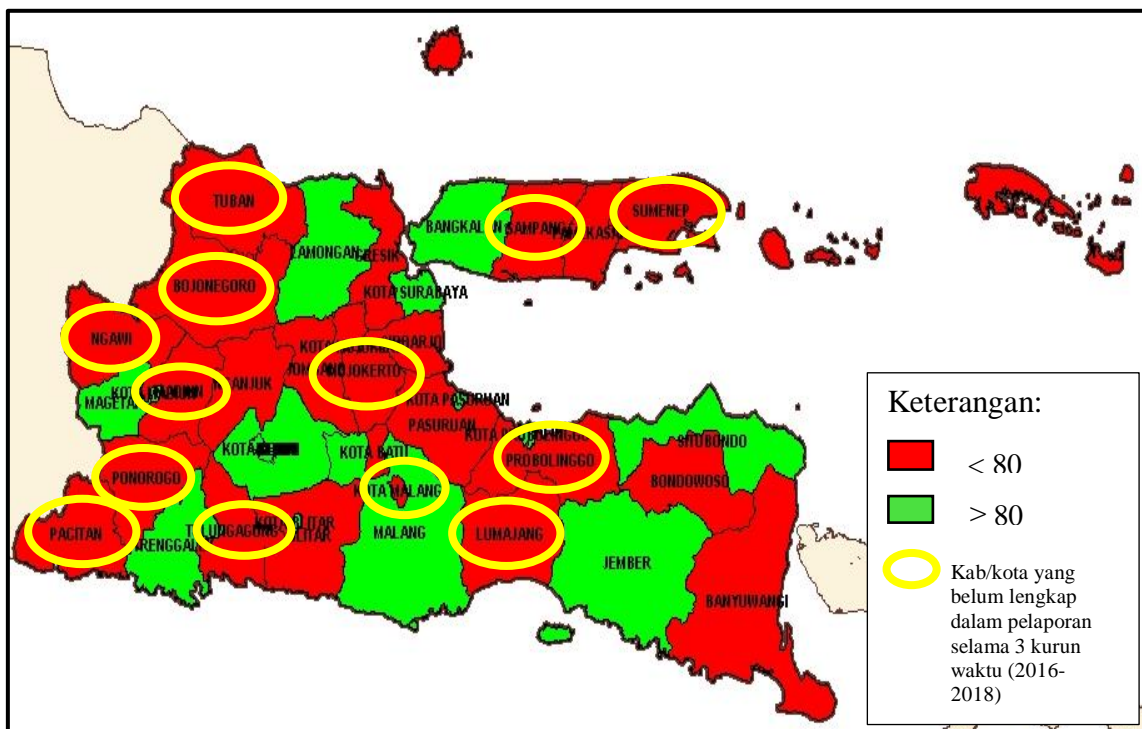
Gambar 4.8 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Kelengkapan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan tiga gambar di atas diperoleh informasi bahwa kabupaten/kota yang kelengkapan laporannya belum mencapai target (kurang dari 90%) pada tahun 2016-2018 ada 8 kabupaten yaitu Kabupaten Gresik, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Ngawi, Kabupaten Pacitan, Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Situbondo, Kabupaten Sumenep dan Kabupaten Tuban.

4.3.5 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Ketepatan Laporan Selama 3 Kurun Waktu (Tahun 2016-2018)

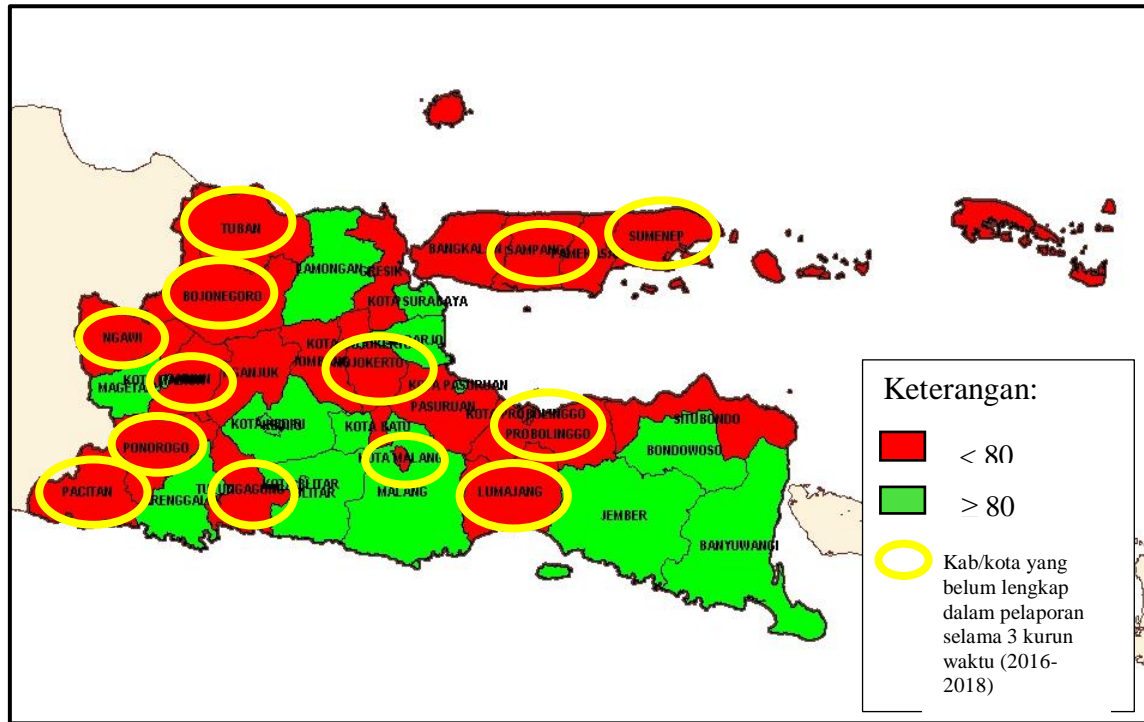
Pemetaan merupakan salah cara untuk mendapatkan informasi suatu penyebaran kasus ataupun masalah kesehatan. Pemetaan tersebut juga dapat dilakukan untuk menganalisis kondisi suatu tempat. Salah satu yang dapat dilakukan pemetaan yaitu pemetaan terhadap capaian kinerja laporan di setiap Kabupaten/Kota yang ada di Jawa Timur. Berikut ini pemetaan kabupaten/kota yang belum mencapai target ketepatan laporan selama 3 kurun waktu pada tahun 2016 :



Gambar 4.9 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Ketepatan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2016

Sumber : website skdr.surveilans.org

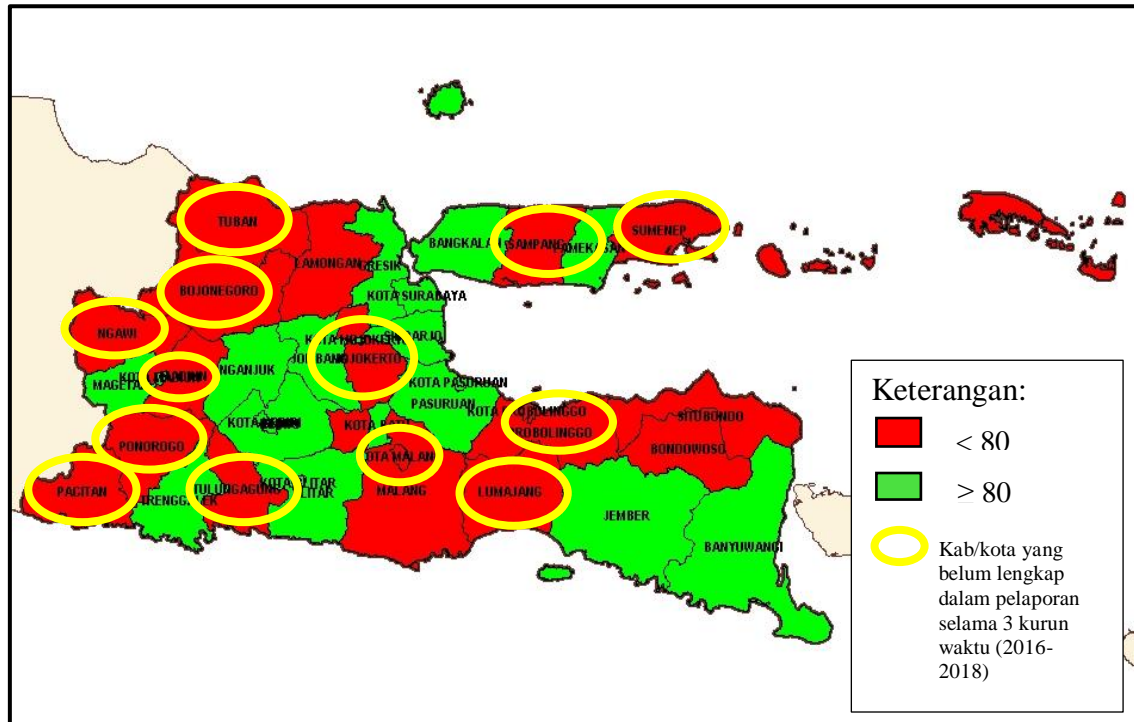
Berikut ini pemetaan kabupaten/kota yang belum mencapai target ketepatan laporan selama 3 kurun waktu tahun 2017 :



Gambar 4.10 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Ketepatan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2017

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berikut ini pemetaan kabupaten/kota yang belum mencapai target ketepatan laporan selama 3 kurun waktu Tahun 2018 :



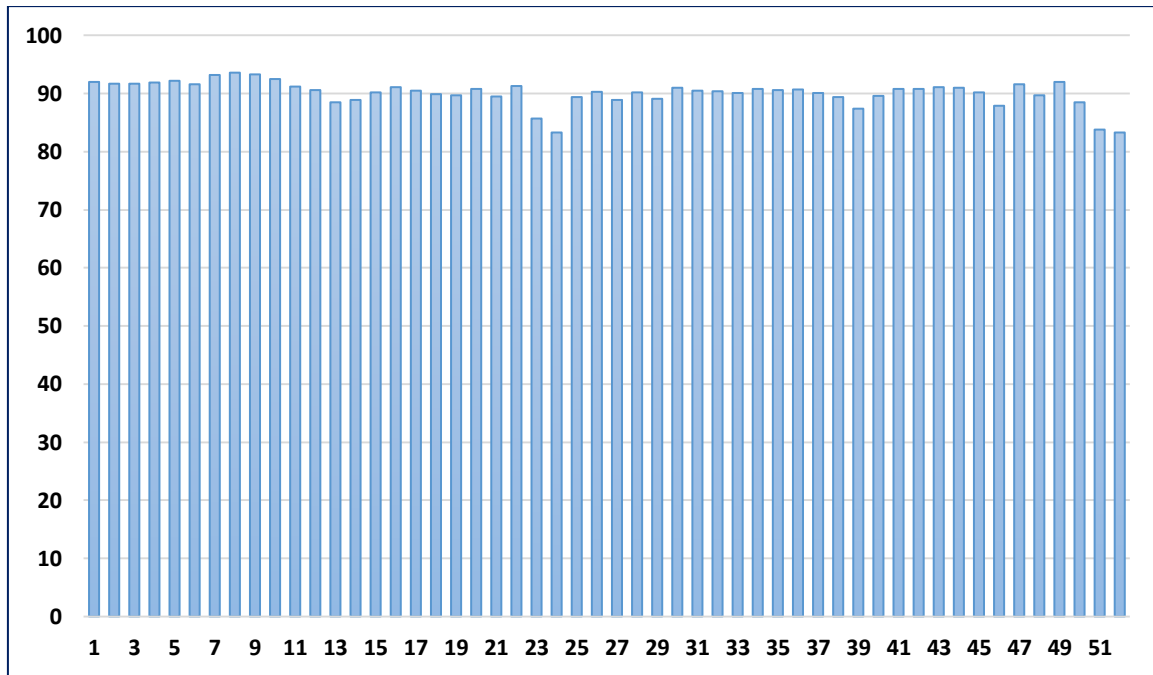
Gambar 4.11 Pemetaan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur yang Belum Mencapai Target Ketepatan Laporan Selama 3 Tahun Pada Tahun 2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan tiga gambar di atas diperoleh informasi bahwa kabupaten/kota yang ketepatan laporannya belum mencapai target (kurang dari 80%) pada tahun 2016-2018 ada 13 kabupaten/kota yaitu Kabupaten Bojonegoro, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Madiun, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Ngawi, Kabupaten Pacitan, Kabupaten Ponorogo, Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Sampang, Kabupaten Sumenep, Kabupaten Tuban, Kabupaten Tulungagung dan Kota Malang.

4.3.6 Capaian Kelengkapan Laporan Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

SKDR merupakan salah satu sistem pelaporan mingguan yang dilakukan oleh setiap petugas puskesmas. Berikut ini capaian kelengkapan laporan berdasarkan mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018:



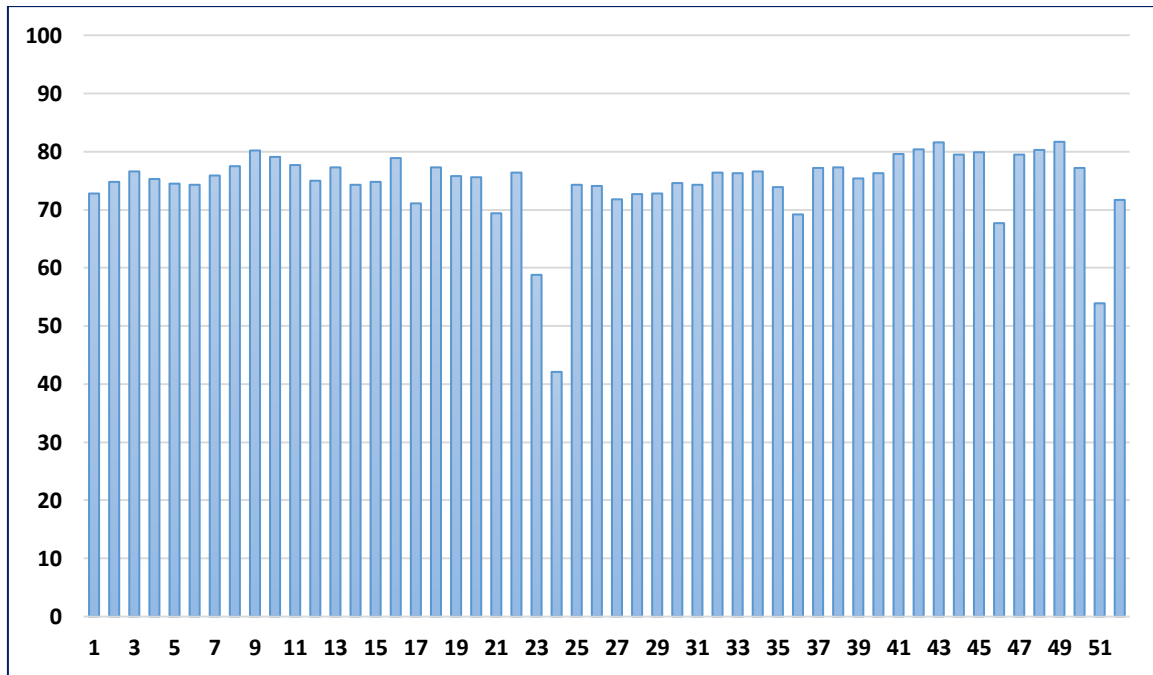
Gambar 4.12 Capaian Kelengkapan Laporan Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan gambar di atas diperoleh informasi bahwa grafik kelengkapan laporan di Jawa Timur pada tahun 2018 yaitu fluktuatif pada tiap minggunya. Akan tetapi pada tiga minggu terakhir dan tiga minggu pertengahan tahun 2018 mengalami penurunan kelengkapan laporan yaitu pada minggu ke 50, 51 dan 52 di minggu terakhir dan minggu ke 22, 23 dan 24.

4.3.7 Capaian Ketepatan Laporan Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

SKDR merupakan salah satu sistem pelaporan mingguan yang dilakukan oleh setiap petugas puskesmas. Berikut ini capaian ketepatan laporan berdasarkan mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018:



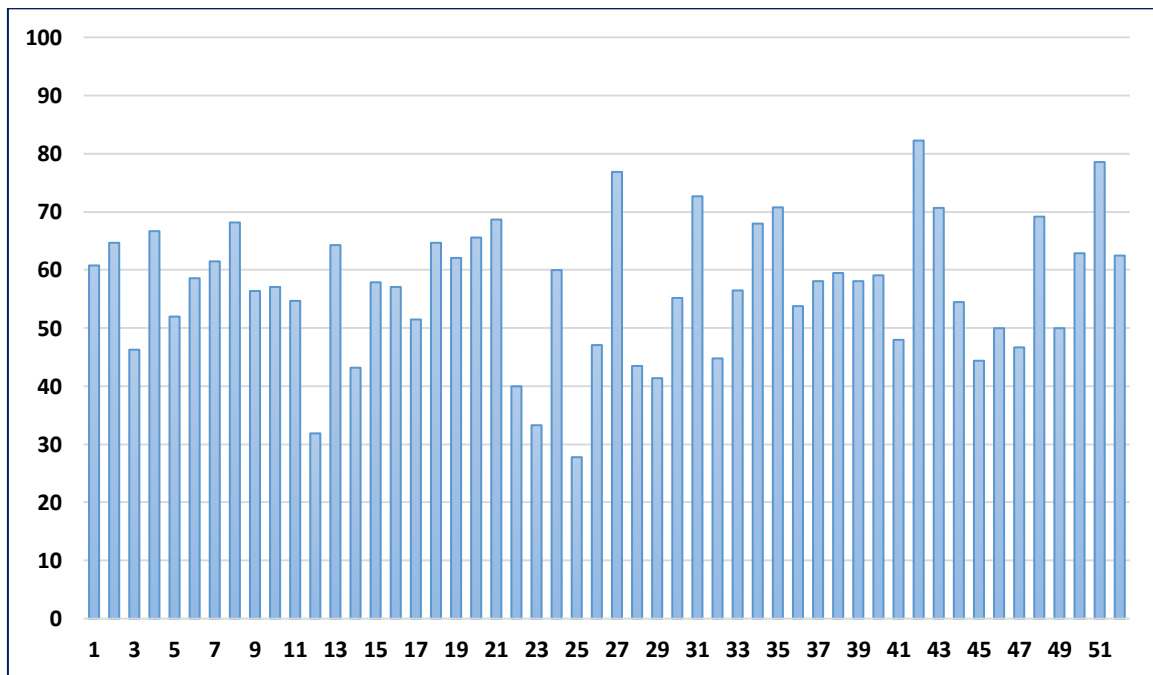
Gambar 4.13 Capaian Ketepatan Laporan Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan gambar di atas diperoleh informasi bahwa grafik ketepatan laporan di Jawa Timur pada tahun 2018 yaitu fluktuatif pada tiap minggunya dan mayoritas tiap minggunya belum sesuai dengan target 80%. Selain itu informasi yang diperoleh yaitu ketepatan pelaporan mengalami penurunan tiga minggu pertengahan tahun 2018 mengalami penurunan kelengkapan laporan yaitu pada minggu ke 22,23 dan 24.

4.3.8 Capaian Alert yang Direspon Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

SKDR merupakan salah satu sistem pelaporan mingguan yang dilakukan oleh setiap petugas puskesmas dan dapat digunakan untuk mendeteksi suatu penyakit yang berpotensi KLB dari 23 jenis penyakit. Berikut ini *alert* yang direspon berdasarkan mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018:



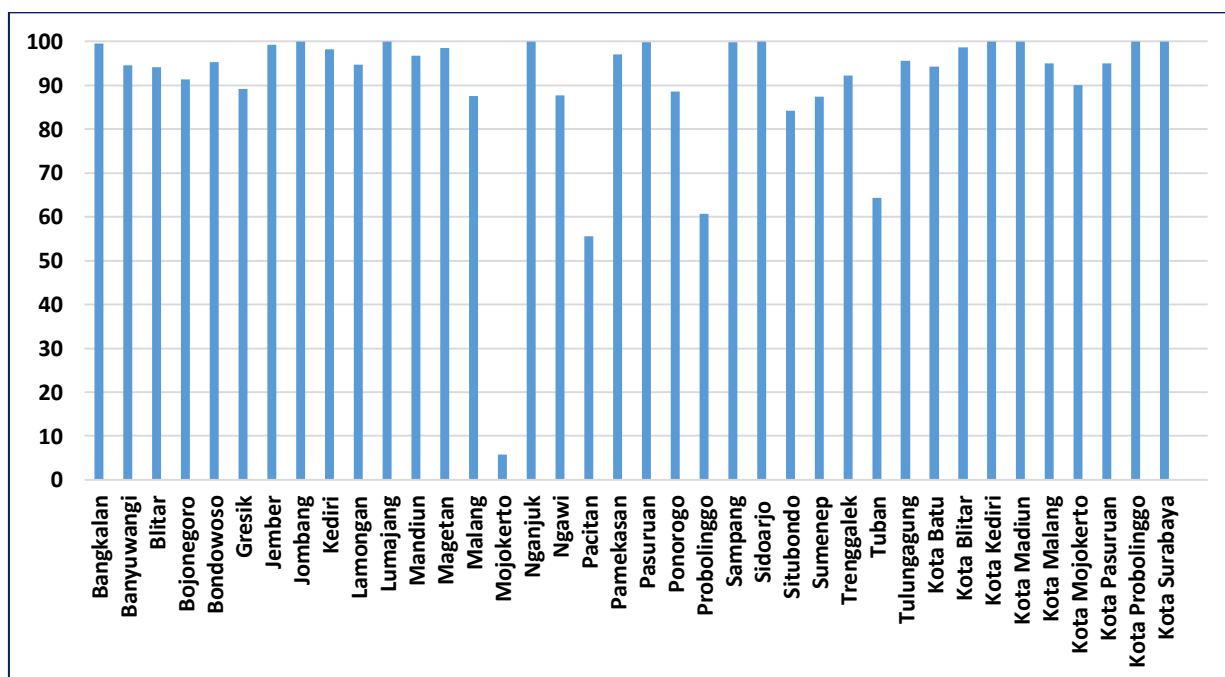
Gambar 4.14 Capaian Alert yang Direspon Berdasarkan Mingguan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan gambar di atas diperoleh informasi bahwa grafik alert yang direspon di Jawa Timur pada tahun 2018 yaitu fluktuatif pada tiap minggunya dan mayoritas tiap minggunya belum sesuai dengan target 80%. Alert yang direspon paling tinggi yaitu pada minggu ke 42 dan minggu ke 51. Sedangkan alert yang direspon paling rendah yaitu pada minggu ke 25 dan minggu ke 12.

4.3.9 Capaian Kelengkapan Laporan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

SKDR merupakan pelaporan mingguan yang dilakukan oleh petugas puskesmas. Distribusi hasil pelaporan dalam epidemiologi dapat dilihat berdasarkan tempat. Berikut ini capaian kelengkapan laporan berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 :



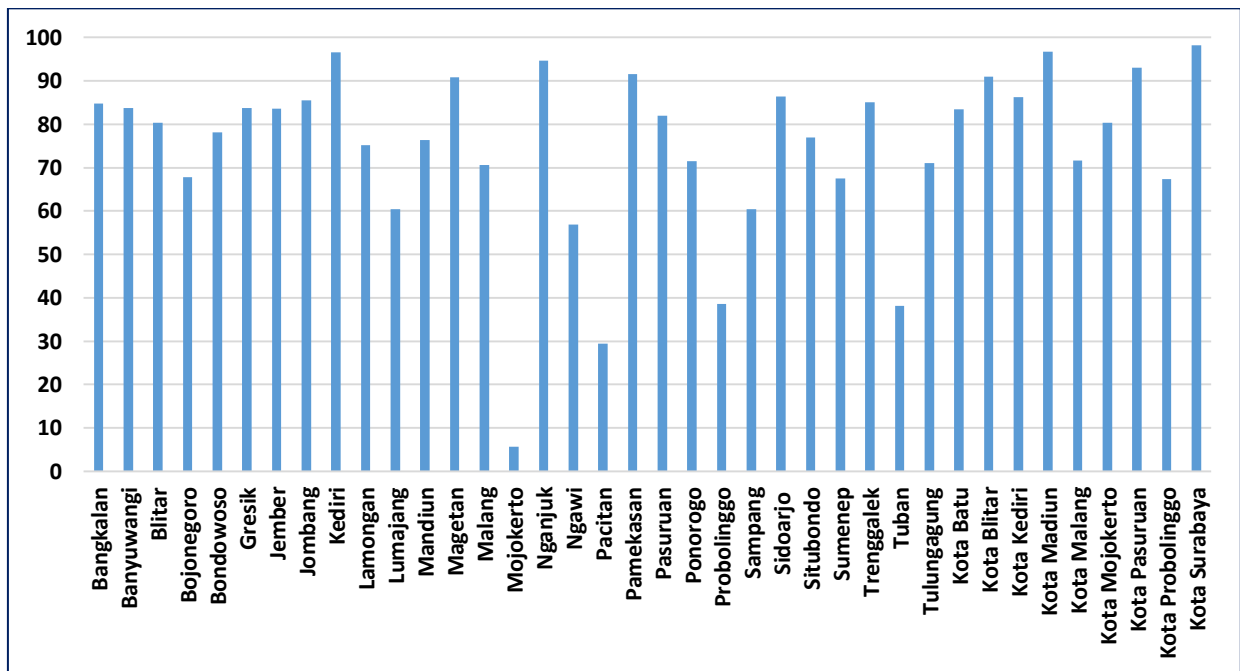
Gambar 4.15 Capaian Kelengkapan Laporan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan gambar di atas diperoleh informasi bahwa kabupaten/kota yang kelengkapan laporannya belum mencapai target (kurang dari 90%) pada tahun 2018 ada 10 kabupaten yaitu Kabupaten Gresik (89,18%), Kabupaten Malang (89,64%), Kabupaten Mojokerto (87,52%), Kabupaten Ngawi (87,74%), Kabupaten Pacitan (55,53%), Kabupaten Ponorogo (88,52%), Kabupaten Probolinggo (60,75%), Kabupaten Situbondo (84,23%), Kabupaten Sumenep (87,44%) dan Kabupaten Tuban (64,39%). Kabupaten/kota dengan kelengkapan laporan tertinggi yaitu Kabupaten Bangkalan, Jombang, Lumajang, Nganjuk, Pasuruan, Sampang, Sidoarjo, Kota Kediri Kota Madiun, Kota Probolinggo dan Kota Surabaya sedangkan terendah yaitu Kabupaten Mojokerto

4.3.10 Capaian Ketepatan Laporan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

SKDR merupakan pelaporan mingguan yang dilakukan oleh petugas puskesmas. Distribusi hasil pelaporan dalam epidemiologi dapat dilihat berdasarkan tempat. Berikut ini capaian ketepatan laporan berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018:



Gambar 4.16 Capaian Ketepatan Laporan Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan gambar di atas diperoleh informasi bahwa kabupaten/kota yang ketepatan laporannya belum mencapai target (kurang dari 80%) pada tahun 2018 ada 18 kabupaten yaitu Kabupaten Bojonegoro (67,79%), Kabupaten Bondowoso (78,15%), Kabupaten Lamongan (75,12%), Kabupaten Lumajang (5,7%) ,Kabupaten Madiun (76,41%), Kabupaten Malang (70,66%) Kabupaten Mojokerto (5,7%), Kabupaten Ngawi (56,89%), Kabupaten Pacitan (29,49%), Kabupaten Ponorogo (71,46%), Kabupaten Probolinggo (38,63%), Kabupaten Sampang (60,35%) Kabupaten Situbondo (77,02%), Kabupaten Sumenep (67,5%), Kabupaten Tuban (38,17%), Kabupaten Tulungagung (71,09%), Kota Malang (71,63%) dan Kota Probolinggo (67,31%). Kabupaten/kota dengan ketepatan laporan tertinggi yaitu Kota Surabaya sedangkan terendah yaitu Kabupaten Mojokerto.

4.3.11 Distribusi Penyakit Berdasarkan Alert yang Muncul di SKDR Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

SKDR merupakan pelaporan mingguan yang dilakukan oleh petugas puskesmas. Selain itu dalam SKDR terdapat alert yang digunakan sebagai output dari SKDR dalam bentuk sinyal peringatan dini adanya peningkatan kasus yang melebihi ambang batas penyakit di suatu wilayah. Pada SKDR terdapat 23 jenis penyakit. Berikut ini jenis penyakit yang terdapat di *alert* SKDR pada tahun 2018 :

Tabel 4.1 Distribusi Penyakit Berdasarkan Alert

No.	Kabupaten/Kota	Penyakit	Nilai Ambang Batas	Jumlah Kasus
1.	Kab. Banyuwangi	Suspek Campak	1	1
2.	Kab. Blitar	Suspek Difteri	1	2
3.	Kab. Bojonegoro	Suspek HFMD	1	4
4.	Kab. Bondowoso	Suspek Difteri	1	1
5.	Kab. Bondowoso	Malaria Konfirmasi	1	1
6.	Kab. Bondowoso	Suspek Campak	1	3
7.	Kab. Bondowoso	Suspek HFMD	1	53
8.	Kab. Gresik	Acute Flacid Paralysis (AFP)	1	1
9.	Kab. Jember	Suspek Difteri	1	1
10.	Kab. Jember	Suspek Campak	1	1
11.	Kab. Jombang	Suspek Difteri	1	1
12.	Kab. Kediri	Malaria Konfirmasi	1	1
13.	Kab. Madiun	Suspek Campak	1	1
14.	Kab. Madiun	Malaria Konfirmasi	1	1
15.	Kab. Madiun	Suspek Campak	1	1
16.	Kab. Nganjuk	Suspek HFMD	1	1
17.	Kab. Ponorogo	Suspek Tetanus	2	2
18.	Kab. Probolinggo	Acute Flacid Paralysis (AFP)	1	1
19.	Kab. Sampang	Suspek Difteri	1	1

No.	Kabupaten/Kota	Penyakit	Nilai Ambang Batas	Jumlah Kasus
20.	Kab. Sidoarjo	Acute Flacid Paralysis (AFP)	1	1
21	Kab. Sidoarjo	Suspek Difteri	1	1
22.	Kab. Sidoarjo	Suspek Campak	1	4
23.	Kab. Situbondo	Suspek Campak	1	1
24.	Kab. Sumenep	Suspek Difteri	1	1
25.	Kab. Sumenep	Suspek Difteri	1	1
26.	Kab. Trenggalek	Suspek Campak	1	1
27.	Kota Malang	Suspek Difteri	1	1
28.	Kota Probolinggo	Acute Flacid Paralysis (AFP)	1	1
29.	Kota Probolinggo	Suspek Difteri	1	1
30.	Kota Surabaya	Suspek Difteri	1	3
31.	Kota Surabaya	Gigitan Hewan Penular Rabies	1	2
32.	Kota Surabaya	Suspek Campak	1	2

Sumber : website skdr.surveilans.org

Berdasarkan tabel di atas di dapatkan informasi bahwa 5 penyakit tertinggi berdasarkan kabupaten/kota yang melebihi nilai ambang batas sehingga di butuhkan untk melakukan verifikasi *alert* yaitu 53 kasus suspek HFMD di Kabupaten Bondowoso, 4 kasus suspek HFMD di Kabupaten Bojonegoro, 4 kasus suspek Campak di Kabupaten Sidoarjo, 3 Kasus Suspek Campak di Kabupaten Bondowowso, dan 3 kasus Suspek Difteri di Kota Surabaya.

4.4 Gambaran Tahapan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon Mulai Proses Pengumpulan, Pengolahan, Analisis Data dan Diseminasi Data di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

4.4.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan mulai dari unit pelayanan kesehatan di wilayah puskesmas seperti pustu, bidan desa, mantra dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya akan memberika pelaporan sesuai dengan format mingguan. Selanjutnya dilakukan rekapitulasi

oleh puskesmas untuk melaporkan ke server nasional berdasarkan format yang telah ada. Pada tingkat kabupaten/kota akan membuat transkrip dan merekap semua sms yang sudah melaporkan format mingguan dan mengecek semua laporan yang dikirimkan. Petugas surveilans kabupaten/kota akan menghubungi puskesmas/yang belum lengkap dan tepat laporannya. Apabila ada notifikasi alert penyakit, maka petugas surveilans kabupaten/kota akan memverifikasi data tersebut dan langsung melakukan respond dan control sesuai dengan SOP. Apabila ada indikasi KLB, maka petugas surveilans akan mengambil sampel dan dikirim ke laboratorium rujukan sesuai dengan SOP. Sedangkan petugas surveilans provinsi memantau dan memonitoring kinerja masing-masing kabupaten/kota dan dapat segera mengambil alih tugasnya terutama untuk memverifikasi alert. Apabila terjadi KLB maka petugas surveilans ikut membantu dalam penyelidikan epidemiologi.

Berdasarkan penjelasan di atas bahwa pada proses pengumpulan data terdapat alur data, format mingguan, dan pelaporan menggunakan SMS . Berikut ini penjelasan mengenai alur data, format mingguan dan pelaporan menggunakan SMS:

1. Alur Data

SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) menggunakan periode mingguan. Berikut ini penjelasan dari alur SKDR dengan periode mingguan :

Tabel 4.2 Alur Data SKDR

Waktu	Unit dan Tingkat yang Bertanggungjawab	Koordinator	Cara Pengiriman
Sabtu sore	Pustu, Bidan Desa kirim via SMS. Format Surveilans Mingguan ke puskesmas	Petugas kesehatan yang bertanggungjawab terhadap pengumpulan data	Melalui SMS, HT, dan lain-lain
Senin pagi	Data agregat Puskesmas dan kirim data ke tingkat kabupaten/kota	Petugas surveilans di tingkat puskesmas	Melalui SMS, HT, dan lain-lain
Selasa pagi	Petugas Surveilans Kabupaten melakukan entri data dan mengirim file <i>export</i> ke provinsi . Petugas Surveilans Kabupaten melakukan analisis data dan menghasilkan laporan mingguan	Petugas Surveilans Kabupaten Petugas Surveilans Kabupaten	Melalui Email

Waktu	Unit dan Tingkat yang Bertanggungjawab	Koordinator	Cara Pengiriman
Selasa siang	Petugas surveilans provinsi melakukan analisis data dan menghasilkan laporan mingguan. Petugas surveilans provinsi mengirimkan file <i>export</i> ke Subdit Surveilans dan Respon KLB Kementerian Kesehatan RI	Petugas surveilans provinsi. Petugas surveilans provinsi	Melalui email ke ewars.pusat@gmail.com

Sumber : KEMENKES RI, 2012

2. Format Mingguan

Kasus baru akan dilaporkan oleh bidan desa maupun puskesmas melalui Format Mingguan. Format pengumpulan data itu berisi informasi dibawah ini :

- a. Nomor urut format : nomer ini harus diisi dan dilengkapi oleh unit kesehatan yang mengirimkan laporan di setiap tingkat. Nomor urut untuk setiap unit kesehatan yang mengirim laporan dimulai dari angka 1 dan dilanjutkan secara berurutan.
- b. Identitas Unit Kesehatan.
 - Puskesmas
 - Kecamatan
 - Kabupaten
- c. Jumlah mingguan epidemiologi, periode laporan adalah satu pekan dimana kasus dilaporkan. Unit puskesmas pelapor harus memberikan indikasi tanggal awal pekan adalah pada hari Minggu dan akhir pekan adalah pada hari Sabtu.
- d. Data Penyakit

Data diisi dan dilengkapi berdasarkan buku registrasi harian puskesmas bersama data yang dikumpulkan dari unit pelayanan tingkat desa, berdasarkan definisi kasus baku sistem surveilans. Setiap fasilitas kesehatan harus memiliki daftar definisi kasus. Hanya kasus baru (konsultasi pertama) yang harus dilaporkan untuk seluruh usia yang ditemukan.

3. Pelaporan Menggunakan SMS

Setiap unit puskesmas menggunakan SMS untuk melaporkan data mingguan sesuai format baku pencatatan perlu mengikuti standar yang sama dalam SMS seperti informasi di bawah ini :

- Minggu Epidemiologi ke berapa

- Nama unit pelapor
- Jumlah kasus setiap penyakit yang melapor kasus pada minggu tersebut
- Jumlah total kunjungan pasien

4.4.2 Pengolahan dan Analisis Data

Data yang sudah terkumpul ke server oleh petugas surveilans puskesmas selanjutnya akan diolah. Pengolahan dan analisis data dalam sistem kewaspadaan dini dan respon dilakukan secara otomatis oleh aplikasi komputer atau web SKDR. Semua jenis data tersebut dilakukan pengolahan berdasarkan laporan mingguan oleh setiap puskesmas yang ada di Provinsi Jawa Timur berdasarkan kabupaten/kota. Kemudian hasil pengolahan dan analisis data tersebut dilakukan penyajian dalam bentuk tabel, grafik ataupun diagram. Analisis data dilakukan secara deskriptif menurut kelengkapan pelaporan, ketepatan pelaporan, dan alert yang direspon.

4.4.3 Interpretasi Data

Petugas di Dinas Kesehatan Provinsi memberikan interpretasi hasil analisis berdasarkan data yang dilaporkan oleh petugas SKDR seluruh puskesmas yang ada di kabupaten/kota. Selain itu data tersebut juga didasarkan atas situasi di suatu wilayah. Informasi yang dihasilkan dapat menunjukkan besaran kelengkapan pelaporan, ketepatan pelaporan dan alert yang direspon.

4.4.4 Diseminasi Informasi

Hasil analisis dan interpretasi data dibuat dalam bentuk laporan. Laporan tersebut berupa ringkasan laporan mingguan (Bulletin Mingguan) yang di dalamnya termasuk :

- a. Alert (sinyal siaga)
- b. Informasi epidemiologi yang relevan
- c. Rekomendasi kegiatan yang dianjurkan untuk mengendalikan tersangka KLB
- d. Pemberitahuan kabupaten/kota yang belum lengkap dalam pelaporan ataupun yang belum tepat waktu dalam pelaporan.

Ringkasan laporan mingguan tersebut oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur akan disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten untuk menginformasikan tentang kelengkapan, ketepatan waktu dan dan kasus yang muncul berdasarkan *alert* yang kemudian adanya rekomendasi untuk mempertahankan bagi petugas yang sudah sesuai dengan indikator kelengkapan, ketepatan dan respon alert. Selain itu bagi kabupaten/kota

yang belum lengkap dan tepat maka dilakukan himbauan di Bulletin Mingguan. Selain itu dilakukan himbauan untuk melakukan verifikasi *alert*.

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

4.5.1 Identifikasi Masalah

Berdasarkan hasil pengamatan, studi dokumentasi dan hasil wawancara pada pemegang program SKDR Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur\`r diperoleh list masalah sebagai berikut :

1. Capaian dalam kelengkapan laporan di Provinsi Jawa Timur sebesar 89,6%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 90%. Hal ini menjadi masalah karena apabila pelaporan tidak lengkap maka akan menyebabkan kurangnya informasi yang didapatkan, sehingga akan mempengaruhi analisis, interpretasi dan diseminasi data serta kebijakan yang akan dilakukan setelah monitoring dan evaluasi.
2. Capaian dalam ketepatan laporan di Provinsi Jawa Timur sebesar 74%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 80%. Hal ini menjadi masalah karena apabila pelaporan tidak tepat waktu maka penyakit yang berpotensi terjadi KLB tidak segera terdeteksi dan kurang bisa terantisipasi dengan cepat.
3. Capaian dalam *alert* yang direspon berdasarkan data yang ada di web SKDR sebesar 55,56%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 80%. Hal tersebut dikarenakan dari 1647 kasus yang ada di Provinsi Jawa Timur, *alert* yang direspon hanya 913 kasus. Hal ini menjadi masalah karena apabila *alert* yang direspon hanya sedikit berarti menunjukkan bahwa kurang optimalnya respon melalui penyelidikan epidemiologi yang dilakukan terhadap kasus yang mengalami peningkatan.

4.5.2 Prioritas Masalah

Prioritas masalah diperoleh dari hasil diskusi yang dilakukan bersama oleh 5 petugas Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur di Seksi Surveilans dan Imunisasi. Penentuan prioritas Masalah dilakukan dengan menggunakan metode CARL. Skor yang diberikan adalah 1-5 dengan ketentuan sebagai berikut :

Tabel 4.3 Skoring Metode CARL

Prioritas utama permasalahan yang mendapat skor	C (Capability) adalah Ketersediaan sumber daya (dana, sarana/peralatan) Skor : 5 = sangat mampu 4 = mampu 3 = cukup mampu 2 = tidak mampu 1 = sangat tidak mampu	A (Accesibility) adalah kemudahan, yaitu masalah yang ada mudah diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan padaketersediaan metode/cara/teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau petunjuk pelaksanaan. Skor : 5 = sangat mudah 4 = mudah 3 = cukup mudah 2 = tidak mudah 1 = sangat tidak mudah	R (Readiness) adalah kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/kemampuan dan motivasi Skor : 5 = Sangat siap 4 = Siap 3 = Cukup siap 2 = Tidak siap 1 = Sangat tidak siap	L (Leverage) adalah seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas. Skor: 5 = Sangat berpengaruh 4 = Berpengaruh 3 = Cukup berpengaruh 2 = Tidak berpengaruh 1 = Sangat tidak berpengaruh
---	--	--	---	---

tertinggi dari hasil perkalian 4 kriteria. Berikut ini hasil skoring dari masalah dalam program SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) :

Tabel 4.4 Skoring Prioritas Masalah

No	Daftar Masalah	C	A	R	L	Skor Total
1.	Capaian dalam kelengkapan laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 sebesar 89,6%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 90%.	21	25	22	27	331.850
2.	Capaian dalam ketepatan laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 sebesar 74%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 80%.	19	20	20	27	205.200
3.	Capaian dalam <i>alert</i> yang direspon berdasarkan data yang ada di web SKDR sebesar 55,56%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 80%. Hal tersebut dikarenakan dari 1647 kasus yang ada di Provinsi Jawa	19	21	19	28	212.268

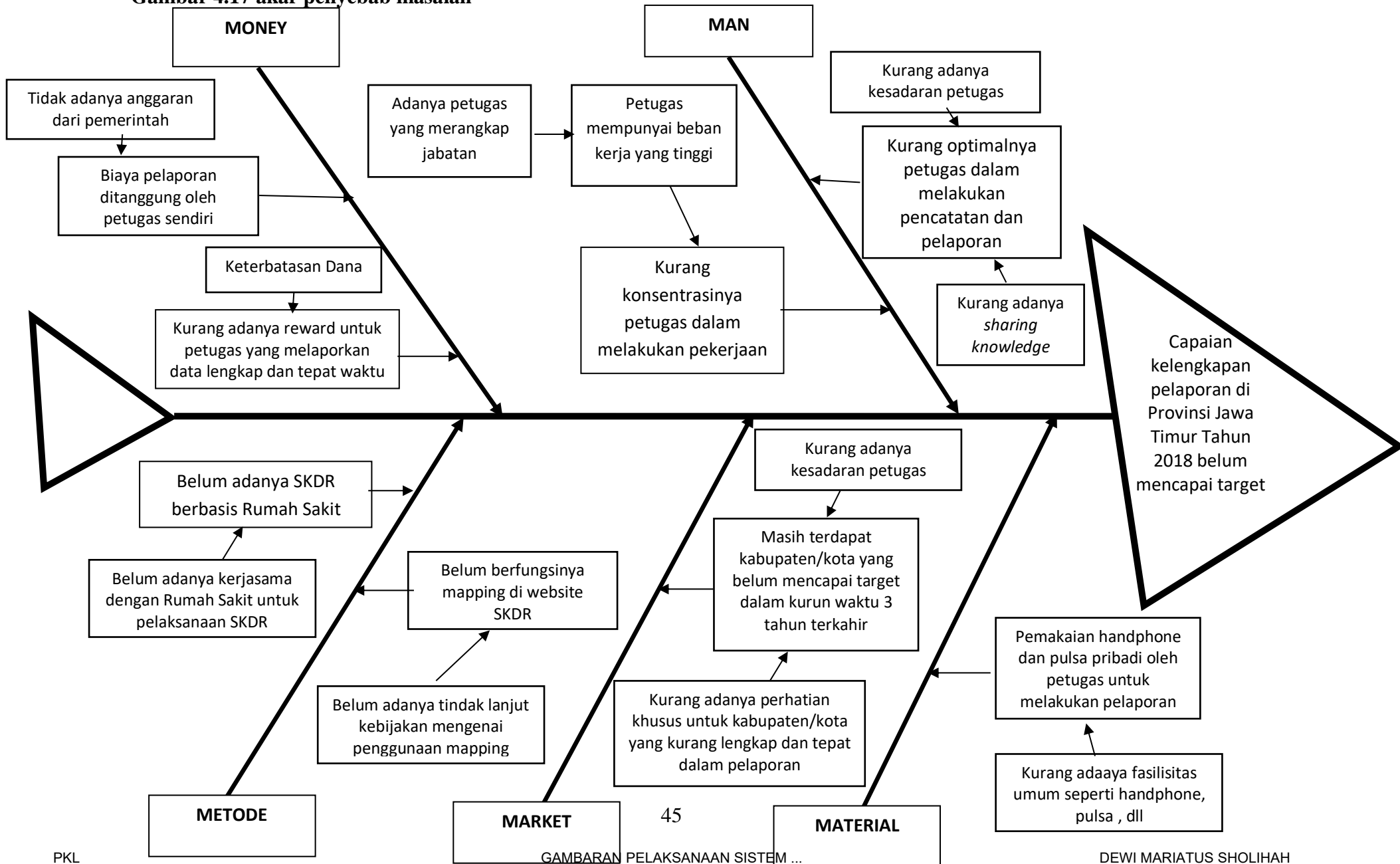
No	Daftar Masalah	C	A	R	L	Skor Total
	Timur, alert yang direspon hanya 913 kasus.					

Berdasarkan hasil CARL maka diperoleh prioritas masalah dari program SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 adalah Capaian dalam kelengkapan laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 sebesar 89,6 %. Capain tersebut belum sesuai dengan target yaitu 90%.

4.5.3 Penyebab Masalah

Analisis penyebab masalah dilakukan dengan menggunakan metode diagram *Fishbone*. Berikut merupakan hasil analisis penyebab masalah berdasarkan prioritas masalah pada program SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 yang dilakukan melalui wawancara kepada petugas SKDR. Berikut ini merupakan hasil analisis penyebab masalah :

Gambar 4.17 akar penyebab masalah



Berdasarkan gambar di atas akar penyebab masalah capaian kelengkapan laporan yang belum memenuhi target 90% adalah sebagai berikut:

1. Man

Petugas surveilans di puskesmas bertugas untuk melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan format mingguan. Sedangkan bagian surveilans di kabupaten/kota dan provinsi melakukan pemantauan, analisis, interpretasi dan diseminasi informasi terhadap data yang dilaporkan oleh unit puskesmas. Namun ada beberapa petugas yang kurang optimal dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan. Hal tersebut dikarenakan kurang adanya transfer pengetahuan (*sharing knowledge*) dari petugas lama ke petugas baru pada saat adanya pergantian petugas. Apabila petugas lama kurang melakukan adanya transfer pengetahuan (*sharing knowledge*), maka petugas baru akan mengalami kurang adanya pengetahuan dan pengalaman sehingga akan berdampak dalam melakukan pencatatan dan pelaporan yaitu salah satunya kurang lengkapnya laporan ataupun kurang tepatnya pelaporan.

Selain itu petugas kurang berkonsentrasi dalam melakukan pekerjaan. Kurang konsentrasi pekerja tersebut dipengaruhi oleh beban kerja yang tinggi. Beban kerja yang tinggi tersebut dikarenakan adanya perangkapan jabatan yang dilakukan oleh petugas, sehingga konsentrasi petugas terbagi.

2. Money

Pelaksanaan kegiatan surveilans pada SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) dilakukan dengan menggunakan biaya pribadi oleh petugas. Hal tersebut dikarenakan tidak adanya anggaran dari pemerintah untuk kegiatan tersebut. Selain itu kurang lengkapnya pelaporan dikarenakan kurang adanya motivasi seperti pemberian reward kepada petugas yang melakukan pelaporan dengan lengkap dan tepat. Akan tetapi hal tersebut tidak dapat terlaksana karena adanya keterbatasan dana.

3. Metode

Kelengkapan pelaporan yang kurang memenuhi target tersebut juga dapat dipengaruhi karena belum adanya SKDR berbasis rumah sakit. Hal tersebut dikarenakan belum adanya kerjasama dengan rumah sakit untuk pelaksanaan SKDR. Adanya SKDR berbasis rumah sakit tersebut sangat mempengaruhi kelengkapan dalam pelaporan karena banyak orang yang sakit melakukan pengobatan ke rumah sakit dan mempengaruhi keefektifitasan dalam pelaporan. Selain itu pada sistem SKDR terdapat mapping pada bagian analisa. Akan tetapi hal tersebut belum dapat digunakan karena belum adanya tindak lanjut

kebijakan mengenai penggunaan mapping (penggunaan pola dalam menggambarkan kasus). Penggunaan mapping sangat bermanfaat untuk mendeteksi secara cepat terhadap daerah yang perlu dilakukan upaya untuk mencegah terjadinya KLB. Selain itu kelengkapan juga akan mempengaruhi mapping tersebut, karena apabila pelaporan tidak lengkap maka daerah yang terindikasi berpotensi terjadi KLB tidak terdeteksi secara dini.

4. Market

Pelaporan dilakukan oleh setiap puskesmas yang ada di 38 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Timur. Pada pelaporan dibutuhkan adanya kelengkapan dan ketepatan data yang dilaporkan. Kelengkapan pelaporan di Jawa Timur kurang memenuhi target karena masih terdapat beberapa kabupaten/kota yang mengalami pelaporan yang kurang dari target dalam kurun waktu 3 tahun terakhir. Hal tersebut terjadi karena kurang adanya perhatian khusus terhadap kabupaten/kota yang kurang lengkap dan tepat dalam pelaporan.

5. Material

Kegiatan surveilans membutuhkan adanya sarana dan prasarana sebagai salah satu upaya untuk menunjang keberhasilan program. Akan tetapi dalam pelaksanaan SKDR ini untuk melakukan pelaporan, petugas menggunakan handphone dan pulsa pribadi. Hal tersebut dikarenakan kurang adanya fasilitas umum milik instansi seperti handphone, pulsa ataupun lainnya.

4.5.4 Alternatif Solusi

Alternatif solusi pemecahan asalah berdasarakan analisis penyebab masalah capaian kelengkapan pelaporan data di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 yang belum mencapai target :

1. Adanya kebijakan untuk petugas lama melakukan transfer pengetahuan (*sharing knowledge*) kepada petugas baru saat adanya pergantian petugas. Transfer pengetahuan tersebut diterapkan dengan cara melakukan *tackit knowledge* dan *explicit knowledge*. *Tacit knowledge* dilakukan dengan cara berbagi pengetahuan ataupun pengalaman yang berasal dari tindakan dan pengalaman pribadi seperti cara pengempulan data yang efektif dan efisien, nilai yang didapatkan, emosi, hambatan yang dialami selama memegang program, solusi yang seharusnya dilakukan, dll. *Tackit knowledge* tersebut sangat perlu dilakukan meskipun hal tersebut bersifat pribadi dan tidak mudah diekspresikan. Hal tersebut dilakukan untuk petugas baru supaya melakukan antisipasi secara dini terhadap kendala yang mungkin terjadi dan meningkatkan terhadap suatu kinerja yang sudah baik.

Sedangkan explicit knowledge merupakan pengetahuan yang terdokumentasikan dalam berbagai bentuk seperti data yang didapatkan dari hasil pengumpulan data, format mingguan, web SKDR, dll. Transfer pengetahuan jenis ini mudah dilakukan. Maka dari itu petugas lama sebaiknya memberikan informasi ke petugas baru mengenai data yang telah diolah, penjelasan format laporan, alur pelaporan, dll.

2. Melakukan kerjasama dengan rumah sakit untuk pelaksanaan SKDR berbasis rumah sakit. Pelaksanaan SKDR berbasis rumah sakit ini merupakan cara yang dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelaporan. Karena mengingat ada beberapa orang yang sakit melakukan pengobatan di rumah sakit. Informasi yang didapatkan bahwa sudah ada rencana menuju hal tersebut. Apabila hal ini akan dilakukan harapannya dapat dilaksanakan dengan seoptimal mungkin. Sehingga didapatkan pelaporan yang lengkap dan tepat waktu, yang kemudian apabila terdapat indikasi daerah yang berpotensi KLB dapat tertangani secara dini.
3. Melakukan usulan tindak lanjut ke pemerintah pusat terhadap penggunaan fungsi mapping yang ada di website SKDR. Mapping tersebut sangat bermanfaat apabila dapat difungsikan karena dapat dilakukan analisis dengan mudah dan cepat terhadap daerah yang memiliki kelengkapan dan ketepatan di bawah target ataupun daerah yang terdapat kasus penyakit (23 penyakit yang terdaftar) yang membutuhkan tindakan cepat untuk mencegah terjadinya KLB.
4. Melakukan pemantauan dalam kurun waktu 3 tahun untuk mengetahui kabupaten/kota yang memiliki kelengkapan laporan dan ketepatan pelaporan yang dibawah target. Apabila masih terdapat kabupaten/kota yang dibawah target maka dapat dilakukan pendampingan dan pendekatan kepada kabupaten/kota tersebut untuk mengetahui faktor apa yang menyebabkan kelengkapan dan ketepatan laporannya kurang. Sehingga dengan melakukan tersebut dapat dilakukan diskusi untuk mendapatkan solusi supaya kegiatan pelaporan tetap berjalan dengan lancar dan Provinsi Jawa Timur akan mengalami kelengkapan dan ketepatan waktu yang optimal.
5. Meningkatkan kesadaran kepada petugas surveilans akan pentingnya kegiatan pencatatan dan pelaporan tersebut dan dampak yang didapatkan apabila kegiatan ini kurang dilakukan dengan optimal. Peningkatan kesadaran tersebut dapat dilakukan dengan cara pemberian rewarding dan punishment kepada petugas bagian pelaporan.
6. Melakukan usulan untuk adanya fasilitas dalam melakukan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan seperti pemberian pulsa. Selain itu adanya pemberian reward kepada daerah

yang melakukan pelaporan dengan lengkap dan tepat waktu. Sehingga dapat meningkatkan motivasi kepada petugas untuk melakukan pelaporan dengan seoptimal mungkin.

4.6 Kegiatan di Lapangan yang Dilakukan Instansi dan Menerapkan Konsep Epidemiologi

4.6.1 Kegiatan di Dalam Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Kegiatan yang dilakukan di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yaitu melakukan cleaning data, pengolahan data, penyajian data, diskusi tentang surveilans dan imunisasi, apel pagi dan senam setiap Hari Jumat.

4.6.2 Kegiatan di Luar Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan data yang ada Kabupaten Tulungagung merupakan salah satu kabupaten dengan kasus DBD yang tinggi, maka dari itu dilakukan penyelidikan epidemiologi di daerah tersebut. Hal yang dilakukan dalam penyelidikan epidemiologi tersebut yaitu :

1. Menghadap Kepala Bidang P2P, Kepala Seksi P2 dan Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinkes Kabupaten Tulungagung, untuk :
 - a. Menyampaikan tujuan kedatangan tim PE Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan Balai Besar Teknologi Kesehatan Lingkungan (BBTKL) Surabaya
 - b. Mendiskusikan penegakan diagnose DBD
 - c. Menvalidasi jumlah kasus dan kematian per waktu, tempat (Puskesmas) dan golongan umur
 - d. Mendiskusikan perbedaan jumlah kasus yang dilaporkan pengelola program pengendalian DBD dengan jumlah kasus yang dilaporkan melalui web SKDR milik Seksi Surveilans
 - e. Menyetujui alur pelaporan dengan melibatkan seksi surveilans dan imunisasi.
 - f. Mendapatkan informasi bahwa upaya yang sudah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung, meliputi :
 - Adanya kader jumantik tiap rumah.
 - PSN sudah berjalan, tetapi masih ditemukan jentik.
 - Sudah dilakukan himbauan PSN ke setiap desa-desa yang ada di Kabupaten Tulungagung dengan ledang atau woro-woro sesuai edaran dari Bapak Bupati Tulungagung.
2. Bersama Tim Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung berkunjung ke RSUD Dr. Iskak Kabupaten Tulungagung, ditemui Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan, untuk :
 - a. Menyampaikan tujuan kedatangan tim PE

- b. Mendiskusikan penegakan diagnose BDB → sesuai kebijakan Kementerian Kesehatan RI
 - c. Menyetujui alur pelaporan yang cepat dan tepat, yaitu setiap saat ada kunjungan DD maupun DBD segera menyampaikan kepada pengelola program DBD Kabupaten. Pengelola segera mensharre ke Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi untuk diteruskan ke WAG Surveilans (dengan anggota Surveilans Puskesmas se Kab. Tulungagung dan Contact Persons RS/klinik se Kab. Tulungagung) untuk dilacak di lapangan dan penanggulangan sementara yang diperlukan, seperti pencarian kasus demam di radius 200 M dan pemantauan jentik serta penyuluhan atau komunikasi risiko kepada masyarakat, tokoh masyarakat dan aparat kecamatan dan desa/kelurahan.
 - d. Validasi jumlah kasus di instalasi Rekam Medik (RM).
3. Kunjungan dilanjutkan ke Puskesmas Campur Darat, merupakan Puskesmas yang menemukan kasus terbanyak di Kabupaten Tulungagung, yaitu 23 kasus (9, 24%) dari 249 kasus yang ada. Kegiatan di Puskesmas Campurdarat antara lain:
- a. Menyampaikan tujuan kedatangan tim PE
 - b. Mendiskusikan penegakan diagnose BDB → sesuai kebijakan Kementerian Kesehatan RI
 - c. Memvalidasi data kasus DD maupun DBD, klasifikasi kasus per waktu, tempat (desa) dan orang (golongan umur).
 - d. Mewawancarai 2 kasus (anak dan ibu serumah) yang sedang dirawat di Ruang Rawat Inap Puskesmas, berasal dari Dusun Blatang Desa Tanggung, didapat keterangan :
 - 1) Selama 15 hari sebelum sakit keduanya tidak pernah pergi keluar daerah
 - 2) Tetangganya se RT 03 Dusun Blatang selama Bulan Januari 2019 sebelumnya telah ada 7 orang yang sakit DBD mulai tanggal 1 Januari s/d 15 Januari, kedua kasus adalah kasus ke 8 dan 9 → point a dan b mengindikasikan kasus tertular di desa dimana mereka berdomisili.
 - 3) Kasus tidak memahami cara penularan dan pencegahan penyakit DDB padahal di Desa Tanggung tersebut sejak tahun 2016 selalu ada kasus DBD
4. Kunjungan dilanjutkan ke Desa Tanggung, merupakan desa endemis dan tahun ini menemukan kasus terbanyak se wilayah kerja Puskesmas Campur Darat, yaitu 6 kasus (33.33%) dari 18 kasus yang ada. Kunjungan didampingi Kepala Kecamatan campur Darat, Komandan Resort Militer Campur Darat dan Wakil Kepala Polisi Sektor Campur darat, kegiatan yang dilakukan :

- a. Advokasi/sosialisasi kepada camat, Danramil, Wakapolsek, Babinsa dan Kamtibmas Ds. Tanggung serta Kepala Desa Tanggung dan pamong lainnya, materi yang disampaikan meliputi tanda/gejala penyakit DBD, Penyebab/penular penyakit DBD, cara penularan DBD dan cara pencegahan DBD yang efektif melebihi foging.
 - b. Survei jentik di rumah dan pekarangan/tegal radius 200 meter dari rumah penderita terakhir sekaligus komunikasi risiko kepada masyarakat yang ditemui di Dusun Blatang tersebut, didapatkan data :
5. Setelah dilakukakan kunjungan ke rumah penderita kemudian dilakukan evaluasi bersama pemilik wewenang daerah tersebut terkait penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

21.1 Kesimpulan

1. Struktur organisasi yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur meliputi Kelompok Jabatan Fungsional, UPT, Sekretariat, Bidang Kesehatan Masyarakat, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Bidang Pelayanan Kesehatan, Bidang Sumber Daya Kesehatan. Sedangkan pada seksi Surveilans dan Imunisasi terdiri dari kegiatan surveilans yang di koordinatori oleh Bapak Suradi dan kegiatan imunisasi yang di koordinatori oleh Ibu Wiwien
2. Program yang ada di bagian surveilans dan imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur meliputi program Pengelolaan Surveilans AFP, Pengelolaan Surveilans Campak, Pengelolaan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon), Pengelola Surveilans PIE, Pengelola Surveilans DIFTERI, Pengelola KLB dan Keracunan Makanan, Bendahara dan Kesekretariatan, Pengelola KIPI (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi) Pengelola Vaksin Rutin dan Administrasi.
3. Proses pengumpulan data dilakukan melalui sms gateway oleh petugas puskesmas, pengolahan data dilakukan langsung oleh aplikasi pada web SKDR, sedangkan analisis, interpretasi dan diseminasi dilakukan oleh petugas bagian surveilans yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi yang kemudian informasi tersebut akan disampaikan ke setiap petugas surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui bulletin mingguan.
4. Masalah yang didapatkan di bagian SKDR yaitu tentang kelengkapan laporan, ketepatan laporan dan alert yang direspon yang belum mencapai target pada tahun 2018 di Provinsi Jawa Timur. Prioritas masalah melalui CARL didapatkan yaitu tentang capaian kelengkapan laporan yang belum memenuhi target pada tahun 2018 di Jawa Timur. Sedangkan akar penyebab masalah yang didapatkan meliputi kurang adanya *sharing knowledge*, kurang adanya kesadaran petugas, adanya petugas yang merangkap jabatan, tidak adanya anggaran dari pemerintah ataupun keterbatasan dana, belum adanya SKDR berbasis rumah sakit, belum adanya tindak lanjut kebijakan penggunaan mapping, kurang danya fasilitas yang memadai.

5. Kegiatan lapangan yang dilakukan yaitu mengikuti kegiatan penyelidikan epidemiologi ke Kabupaten Tulungagung yang merupakan salah satu daerah yang mengalami kasus DBD yang tinggi.

21.2 Saran

1. Adanya kebijakan untuk petugas lama melakukan transfer pengetahuan (*sharing knowledge*) kepada petugas baru saat adanya pergantian petugas.
2. Melakukan kerjasama dengan rumah sakit untuk pelaksanaan SKDR berbasis rumah sakit.
3. Melakukan usulan tindak lanjut ke pemerintah pusat terhadap penggunaan fungsi mapping yang ada di website SKDR.
4. Melakukan pemantauan dalam kurun waktu 3 tahun tentang kelengkapan laporan dan ketepatan pelaporan yang dibawah target berdasarkan kabupaten/kota. Kemudian dilakukan pendampingan dan pendekatan kepada kabupaten yang kurang dari target tersebut. Pendampingan dan pendekatan tersebut dilakukan untuk mengetahui faktor yang menyebabkan pelaporan kurang dari target dan mengadakan evaluasi serta perencanaan untuk meningkatkan pelaporan.
5. Meningkatkan kesadaran kepada petugas surveilans akan pentingnya kegiatan pencatatan dan pelaporan tersebut dan dampak yang didapatkan apabila kegiatan ini kurang dilakukan dengan optimal. Peningkatan kesadaran tersebut dapat dilakukan dengan cara pemberian rewarding dan punishmen kepada petugas bagian pelaporan.
6. Melakukan usulan untuk adanya fasilitas dalam melakukan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan seperti pulsa .

Daftar Pustaka

- Azrul, Anwar. 2010. Pengantar Administrasi Kesehatan. Jakarta : Bina Rupa Aksara
- Fakultas Kesehatan Masyarakat.2018.Buku Panduan Magang Tahun 2018. Fakultas Kesehatan Masyarakat.Surabaya
- KEMENKES RI. 2008. Pedoman Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- KEMENKES RI. 2012. Pedoman Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- KEMENKES RI. 2015. Kebijakan Surveilans dan Respon KLB. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- KEMENKES RI. 2018. Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR). Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available from : <http://skdr.surveilans.org/>.
- PERMENKES Nomor 45 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan .
- Supriyanto, S., 2010. Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan. Surabaya: Airlangga Press.
- Yatmi, S et al, S., 2016. Pengelolaan Informasi Early Warning Alert and Respons System di Kabupaten Boyolali.

Lampiran 1
Panduan *Indept Interview*

Tujuan	Pertanyaan
Identifikasi Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana pelaksanaan SKDR di wilayah Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 ? 2. Apakah pelaksanaan SKDR tersebut sudah memenuhi target di tahun 2018 ? 3. Bagaimanakah sistem pengumpulan data, pengolahan data, analisis data dan diseminasi informasi yang dilakukan pada kegiatan SKDR tahun 2018 ?
Besaran dan Distribusi Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimanakah trend capaian kelengkapan laporan di Jawa Timur pada tahun 2016-2018 ? 2. Bagaimanakah trend capaian ketepatan laporan di Jawa Timur pada tahun 2016-2018 ? 3. Bagaimanakah trend alert yang direspon di Jawa Timur pada tahun 2016-2018 ? 4. Berapakah capaian kelengkapan laporan berdasarkan mingguan di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 ? 5. Berapakah capaian ketepatan laporan berdasarkan mingguan di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 ? 6. Berapakah capaian kelengkapan laporan berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 ? 7. Berapakah capaian ketepatan laporan berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 ? 8. Kabupaten/Kota manakah yang sering mengalami pelaporan kurang dari target baik dari kelengkapan ataupun ketepatannya ?
Analisis Penyebab Masalah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengapa masalah kelengkapan laporan di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 belum sesuai dengan target ? 2. Berapakah jumlah pengelola SKDR di setiap instansi baik di Puskesmas, Dinas Kabupaten/Kota, ataupun Dinas Kesehatan Provinsi ? 3. Apakah dilakukan pembinaan/pelatihan kepada petugas terhadap pelaksanaan SKDR ? 4. Berapa kali dilakukan pembinaan/pelatihan tersebut ? Bagaimana antusias dari petugas yang mengikuti pembinaan/pelatihan pelaksanaan SKDR ? 5. Apakah terdapat anggaran terkait pelaksanaan SKDR ? Jika iya dari manakah anggaran tersebut ? 6. Bagaimana dengan sarana prasarana dalam pelaksanaan SKDR ? Apakah fasilitas yang ada sudah memadai ? 7. SKDR yang ada masih terdapat SKDR yang berbasis

	puskesmas, sedangkan sekarang banyak yang melakukan pengobatan di rumah sakit. Bagaimana dengan hal tersebut apakah ada hambatan yang terjadi sehingga mempengaruhi kelengkapan laporan ?
--	---

Lampiran 2

Hasil CARL

Keterangan :






No	Keterangan Masalah
1.	Capaian dalam kelengkapan laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 sebesar 89,6%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 90%.
2.	Capaian dalam ketepatan laporan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018 sebesar 74%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 80%.
3.	Capaian dalam <i>alert</i> yang direspon berdasarkan data yang ada di web SKDR sebesar 55,56%. Capaian tersebut belum memenuhi target dari 80%. Hal tersebut dikarenakan dari 1647 kasus yang ada di Provinsi Jawa Timur, <i>alert</i> yang direspon hanya 913 kasus.


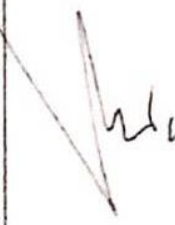



Masalah	Kriteria	Pelaksana CARL						Jumlah	Jumlah Akhir (Perkalian Jumlah CARL)	Prioritas
		1	2	3	4	5	6			
1	C	3	4	4	4	3	3	21	331.850	1
	A	4	5	5	3	4	4	25		
	R	3	5	3	4	3	4	22		
	L	4	5	5	4	4	5	27		
2	C	3	4	3	4	2	3	19	205.200	3
	A	3	4	4	3	3	3	20		
	R	3	4	4	3	2	4	20		
	L	5	5	5	4	3	5	27		
3	C	3	5	3	3	2	3	19	212.268	2
	A	3	4	4	3	3	4	21		
	R	3	4	4	3	2	3	19		






	L	5	4	5	5	4	5	28		
--	---	---	---	---	---	---	---	----	--	--





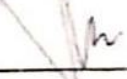
Lampiran 3
Lembar Catatan Kegiatan Magang


Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
	2. Mencari lambang setiap daerah kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Timur untuk keperluan pembuatan surat undangan	
Minggu ke-4		
Hari ke-1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Berkunjung ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Timur dengan arahan Pak Didiek dan pihak BPBD yaitu Pak Dino. 3. Sambutan dan pekenalah oleh pihak BPBD. 4. Pemberian materi oleh pihak BPBD mengenai manajemen data dan pengenalan Bidang Operasional Pra Bencana 5. Menyelesaikan tugas analisis mengenai status imunisasi dan booster pada usia 8 bulan hingga 18 tahun 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mengerjakan tugas tambahan mengenai status imunisasi dan booster serta menghitung <i>Risk Ratio</i> (RR) mengenai data penderita difteri di Jawa Timur tahun 2018 3. Berdiskusi dengan Bu Sulis terkait surveilans kesehatan haji. 	
Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Analisis variabel usia terhadap kejadian difteri (melanjutkan tugas hari sebelumnya) dan melengkapi data yang kurang sesuai dengan toksigenitas dan pemberian ADS pada penderita difteri 	
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinas Luar Kota ke Kabupaten Tulungagung (Berangkat pukul 04.30 WIB) 2. Tiba di Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung 08 00 WIB bersama pihak BBTCLPP 3. Kunjungan ke RSUD Dr. ISKAK bersama pihak BBTCLPP dan Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung untuk mendiskusikan kasus DBD dan pengambilan spesimen dari 9 penderita DBD yang ada di RSUD Dr. ISKAK, kemudian diberikan kepada pihak BBTCLPP 4. Kunjungan ke Puskesmas Campurdarat sebagai Puskesmas dengan kasus DBD terbanyak se-Kab. Tulungagung bersama pihak BBTCLPP dan Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung untuk mendiskusikan penegakan diagnosa DBD, memvalidasi data kasus DD dan DBD, serta melakukan wawancara kepada 2 penderita DBD yang di rawat inap di Puskesmas Campurdarat sebagai salah satu kegiatan dari penyelidikan epidemiologi 5. Kunjungan ke rumah warga penderita DBD yang berada di Desa Tanggung didampingi oleh Kepala Kecamatan campurdarat, Komandan Resort 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
	2. Mencari lambang setiap daerah kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Timur untuk keperluan pembuatan surat undangan	
Minggu ke-4		
Hari ke-1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Berkunjung ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Timur dengan arahan Pak Didiek dan pihak BPBD yaitu Pak Dino. 3. Sambutan dan pekenalah oleh pihak BPBD. 4. Pemberian materi oleh pihak BPBD mengenai manajemen data dan pengenalan Bidang Operasional Pra Bencana 5. Menyelesaikan tugas analisis mengenai status imunisasi dan booster pada usia 8 bulan hingga 18 tahun 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mengerjakan tugas tambahan mengenai status imunisasi dan booster serta menghitung <i>Risk Ratio</i> (RR) mengenai data penderita difteri di Jawa Timur tahun 2018 3. Berdiskusi dengan Bu Sulis terkait surveilans kesehatan haji. 	
Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Analisis variabel usia terhadap kejadian difteri (melanjutkan tugas hari sebelumnya) dan melengkapkan data yang kurang sesuai dengan toksigenitas dan pemberian ADS pada penderita difteri 	
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinas Luar Kota ke Kabupaten Tulungagung (Berangkat pukul 04.30 WIB) 2. Tiba di Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung 08 00 WIB bersama pihak BBTKLPP 3. Kunjungan ke RSUD Dr. ISKAK bersama pihak BBTKLPP dan Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung untuk mendiskusikan kasus DBD dan pengambilan spesimen dari 9 penderita DBD yang ada di RSUD Dr. ISKAK, kemudian diberikan kepada pihak BBTKLPP 4. Kunjungan ke Puskesmas Campurdarat sebagai Puskesmas dengan kasus DBD terbanyak se-Kab. Tulungagung bersama pihak BBTKLPP dan Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung untuk mendiskusikan penegakan diagnosa DBD, memvalidasi data kasus DD dan DBD, serta melakukan wawancara kepada 2 penderita DBD yang di rawat inap di Puskesmas Campurdarat sebagai salah satu kegiatan dari penyelidikan epidemiologi 5. Kunjungan ke rumah warga penderita DBD yang berada di Desa Tanggung didampingi oleh Kepala Kecamatan campurdarat, Komandan Resort 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
	<p>Militer Campurdarat dan Wakil Kepala Polisi Sektor Campurdarat, serta Bapak Kepala Desa Tanggung dengan tujuan untuk diskusi mengenai kasus DBD di desa Tanggung, melakukan advokasi/sosialisasi terkait penyakit DBD, survei jentik di rumah dan pekarangan/tegal dengan radius 200 meter</p> <p>6. Pelaksanaan evaluasi dan diskusi hasil penyelidikan epidemiologi kasus DBD di kantor Desa Tanggung bersama BBTCLPP, Puskesmas Campurdarat, TNI/POLRI, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.</p>	
Hari ke-5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merekap data yang didapatkan dari hasil dinas luar (Kabupaten Tulungagung) pada hari kemarin. 2. Membuat hasil laporan penyelidikan epidemiologi kasus DBD berdasarkan data yang didapatkan dari dinas luar (Kabupaten Tulungagung). 3. Mempelajari file yang diberikan oleh Bu Sulis terkait kesehatan haji 	
Minggu ke-5		
Hari ke-1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Wawancara terkait masalah yang ada surveilans kesehatan haji. 3. Melakukan pembuatan grafik tentang kasus DBD yang disesuaikan dengan kalender mingguan epidemiologi, desa/puskesmas dengan kasus tertinggi, dan didasarkan atas golongan usia, yang kemudian digunakan untuk diskusi kebijakan dalam menangani masalah kesehatan tersebut. 4. Menyelesaikan laporan penyelidikan epidemiologi kasus DBD berdasarkan kunjungan di Kab. Tulungagung 5. Mengerjakan laporan magang 6. Supervisi yang dilakukan bersama dosen pembimbing magang (Bu Fariani). 7. Diskusi bersama dengan Pak Gito mengenai surveilans dan imunisasi 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mendapatkan materi tambahan mengenai campak, difteri, polio, serta penjelasan mengenai surveilans secara umum 3. Diskusi mengenai permasalahan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) dengan Pak Saiku 	
Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Pemilihan prioritas masalah di SKDR dengan menggunakan metode CARL bersama dengan Ibu Anik, Pak Suradi, Pak Hugeng, Pak Saiku, dan Mbak Wulan 3. Menyusun laporan magang 	
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Menyusun dan menyelesaikan laporan magang 3. Berdiskusi dengan Mbak Wulan terkait pelaksanaan 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
	2. Mencari lambang setiap daerah kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Timur untuk keperluan pembuatan surat undangan	
Minggu ke-4		
Hari ke-1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Berkunjung ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Timur dengan arahan Pak Didiek dan pihak BPBD yaitu Pak Dino. 3. Sambutan dan pekenalah oleh pihak BPBD. 4. Pemberian materi oleh pihak BPBD mengenai manajemen data dan pengenalan Bidang Operasional Pra Bencana 5. Menyelesaikan tugas analisis mengenai status imunisasi dan booster pada usia 8 bulan hingga 18 tahun 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mengerjakan tugas tambahan mengenai status imunisasi dan booster serta menghitung <i>Risk Ratio</i> (RR) mengenai data penderita difteri di Jawa Timur tahun 2018. 3. Berdiskusi dengan Bu Sulis terkait surveilans kesehatan haji. 	
Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Analisis variabel usia terhadap kejadian difteri (melanjutkan tugas hari sebelumnya) dan melengkapi data yang kurang sesuai dengan toksigenitas dan pemberian ADS pada penderita difteri 	
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinas Luar Kota ke Kabupaten Tulungagung (Berangkat pukul 04.30 WIB) 2. Tiba di Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung 08 00 WIB bersama pihak BBTKLPP 3. Kunjungan ke RSUD Dr. ISKAK bersama pihak BBTKLPP dan Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung untuk mendiskusikan kasus DBD dan pengambilan spesimen dari 9 penderita DBD yang ada di RSUD Dr. ISKAK, kemudian diberikan kepada pihak BBTKLPP 4. Kunjungan ke Puskesmas Campurdarat sebagai Puskesmas dengan kasus DBD terbanyak se-Kab. Tulungagung bersama pihak BBTKLPP dan Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung untuk mendiskusikan penegakan diagnosa DBD, memvalidasi data kasus DD dan DBD, serta melakukan wawancara kepada 2 penderita DBD yang di rawat inap di Puskesmas Campurdarat sebagai salah satu kegiatan dari penyelidikan epidemiologi. 5. Kunjungan ke rumah warga penderita DBD yang berada di Desa Tanggung didampingi oleh Kepala Kecamatan campurdarat, Komandan Resort 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
	<p>Militer Campurdarat dan Wakil Kepala Polisi Sektor Campurdarat, serta Bapak Kepala Desa Tanggung dengan tujuan untuk diskusi mengenai kasus DBD di desa Tanggung, melakukan advokasi/sosialisasi terkait penyakit DBD, survei jentik di rumah dan pekarangan/tegal dengan radius 200 meter</p> <p>6. Pelaksanaan evaluasi dan diskusi hasil penyelidikan epidemiologi kasus DBD di kantor Desa Tanggung bersama BBTCLPP, Puskesmas Campurdarat, TNI/POLRI, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.</p>	
Hari ke-5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merekap data yang didapatkan dari hasil dinas luar (Kabupaten Tulungagung) pada hari kemarin. 2. Membuat hasil laporan penyelidikan epidemiologi kasus DBD berdasarkan data yang didapatkan dari dinas luar (Kabupaten Tulungagung). 3. Mempelajari file yang diberikan oleh Bu Sulis terkait kesehatan haji 	
Minggu ke-5		
Hari ke-1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Wawancara terkait masalah yang ada surveilans kesehatan haji. 3. Melakukan pembuatan grafik tentang kasus DBD yang disesuaikan dengan kalender mingguan epidemiologi, desa/puskesmas dengan kasus tertinggi, dan didasarkan atas golongan usia, yang kemudian digunakan untuk diskusi kebijakan dalam menangani masalah kesehatan tersebut. 4. Menyelesaikan laporan penyelidikan epidemiologi kasus DBD berdasarkan kunjungan di Kab. Tulungagung 5. Mengerjakan laporan magang 6. Supervisi yang dilakukan bersama dosen pembimbing magang (Bu Fariani). 7. Diskusi bersama dengan Pak Gito mengenai surveilans dan imunisasi 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mendapatkan materi tambahan mengenai campak, difteri, polio, serta penjelasan mengenai surveilans secara umum 3. Diskusi mengenai permasalahan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) dengan Pak Saiku 	
Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Pemilihan prioritas masalah di SKDR dengan menggunakan metode CARL bersama dengan Ibu Anik, Pak Suradi, Pak Hugeng, Pak Saiku, dan Mbak Wulan 3. Menyusun laporan magang 	
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Menyusun dan menyelesaikan laporan magang 3. Berdiskusi dengan Mbak Wulan terkait pelaksanaan 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
Hari ke-5	SKDR. 1. Peringatan Hari Gizi Nasional 2019 2. Berdiskusi dnegan Pak Saiku dan Mbak Wulan selaku pemegang bagian SKDR terkait dengan kelengkapan laporan sebagai prioritas masalah. 3. Perpisahan dan penutupan	

Lampiran 4
Surat Ijin 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: fkm@unair.ac.id

Nomor : 8112/UN3.1.10/PPd/2018
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan izin magang


30 Oktober 2018

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

Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana (S1) Tahun Akademik 2018/2019, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, atas nama: (terlampir).

sebagai peserta magang pada instansi Saudara, selama minimal 3 (tiga) minggu.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

g.n. Dekan
Wakil Dekan I,

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

Tembusan :

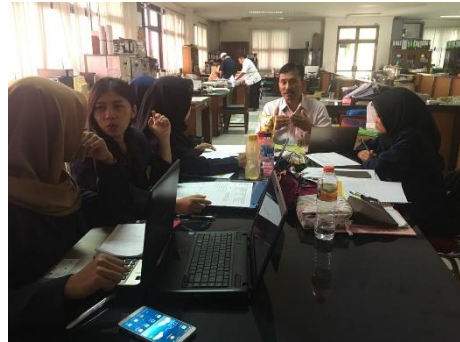
1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Gizi Kesehatan, FKM UNAIR;
6. Ketua Departemen Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;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

Lampiran 5

Dokumentasi Kegiatan



Penyampaian Materi Terkait
Campak dan AFP oleh Bapak



Penyampaian Kejadian Difteri
oleh Bapak Hugeng



Apel dan sekaligus upacara yang
diikuti setiap pagi hari



Penyampaian Materi
Kebencanaan oleh Bapak Didik



Kunjungan ke gudang sarana
prasarana terkait bencana



Kunjungan ke BPBD (Badan
Penanggulangan Bencana Daerah)



Supervisi oleh dosen pembimbing magang (Bu Fariani)



Penentuan prioritas masalah bersama dengan Pak Saiku



Dosen Pembimbing Lapangan



Kunjungan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung untuk PE kasus DBD



Penyelidikan Epidemiologi ke Rumah Sakit Dr. Iskak



Kunjungan ke Puskesmas Campurdarat untuk PE DBD



Berdiskusi dengan aparat dan pemegang wewenang daerah di Desa Tanggung



Kunjungan ke rumah penderita DBD terkakhir di Puskesmas Campurdarat