

**LAPORAN MBKM By Design FKM UNAIR
UNICEF (PUSKESMAS KEBONSARI) SURABAYA**

**EVALUASI PROGRAM BIAS DT DAN TD
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KEBONSARI DENGAN
MENGUNAKAN INSTRUMEN FORMULIR SUPERVISI
SUPORTIF (SS)**



FIRDA CHAERUNNISA NAHARIYANI

102011133035

**Departemen Epidemiologi, Biostatistika, Kependudukan, dan Promosi
Kesehatan/ Divisi Epidemiologi**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA**

2023

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG MBKM DI UNICEF
(PUSKESMAS KEBONSARI) SURABAYA**

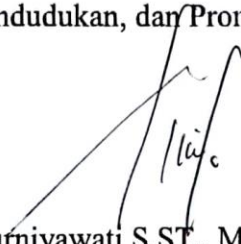
Disusun Oleh:

FIRDA CHAERUNNISA NAHARIYANI

102011133035

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Dosen Pembimbing Magang MBKM
Departemen Epidemiologi, Biostatistika,
Kependudukan, dan Promosi Kesehatan



Eny Ourniyawati S.ST., M.Kes. M. Epid

NIP. 198808222019032013

Pembimbing Lapangan Magang MBKM
United Nations Children's Fund (UNICEF)



Muhammad Afrianto Kurniawan, S. T., M.Sc

Koordinator Program Studi Kesehatan
Masyarakat Program Pendidikan Sarjana



Dr. Muji Sulistyowati, S.KM., M.Kes.

NIP. 197311151999032002

Ketua Departemen
Epidemiologi, Biostatistika, Kependudukan,
dan Promosi Kesehatan



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

NIP. 196902101994032002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF (Puskesmas Kebonsari) dengan judul “Evaluasi Program BIAS DT dan Td di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari”. Dalam Penyusunan dan penulisan laporan magang ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Selain itu, dengan senang hati saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Santi Martini dr., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Muji Sulistyowati, S.KM., M.Kes., selaku koordinator Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat
3. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Departemen Epidemiologi, Biostatistika, Kependudukan, dan Promosi Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
4. Eny Qurniyawati, S.ST., M.Kes., M.Epid., selaku dosen pembimbing MBKM by Design FKM UNAIR
5. Muhammad Afrianto Kurniawan, S.T., M.Sc., selaku pembimbing lapangan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF
6. Imtichanatul Azizah, S.Kep.Ns dan Ledy Widjiastutik, S.Tr.Keb., selaku pembimbing lapangan MBKM by Design FKM UNAIR di Puskesmas Kebonsari
7. Keluarga yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi setiap saat

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan MBKM by Design FKM UNAIR ini berguna dan bermanfaat baik diri sendiri maupun pihak lain.

Surabaya, 5 Januari 2024

Firda Chaerunnisa Nahariyani

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.2.1 Tujuan Umum	3
1.2.2 Tujuan Khusus	3
1.3 Manfaat	3
1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa.....	3
1.3.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi.....	4
1.3.3 Manfaat Bagi Instansi	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Difteri	5
2.1.1 Definisi Difteri	5
2.1.2 Gejala Difteri.....	5
2.2 Tetanus	6
2.2.1 Definisi Tetanus	6
2.2.2 Gejala Tetanus.....	6
2.3 Imunisasi	7
2.3.1 Definisi Imunisasi	7
2.3.2 Jenis-Jenis Imunisasi.....	7
2.4 Metode USG	8
2.5 Diagram <i>Fishbone</i>	9
BAB III METODE PELAKSANAAN	11
3.1 Lokasi MBKM by Design FKM UNAIR.....	11

3.2	Waktu Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	11
3.3	Metode Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	12
3.4	Teknik Pengumpulan Data	13
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		14
4.1	Gambaran Umum Instansi/ Mitra	14
4.1.1	Gambaran Umum UNICEF	14
4.1.2	Gambaran Umum Puskesmas Kebonsari	14
4.1.3	Struktur Organisasi Puskesmas Kebonsari.....	15
4.2	Pembelajaran Pencapaian Learning Outcome Mata Kuliah	15
4.2.1	Epidemiologi Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I).....	15
4.2.2	Manajemen Data	17
4.2.3	Pemetaan Pola Penyakit dan Risiko	22
4.2.4	Skrining	24
4.3	Evaluasi Program BIAS DT dan Td	25
4.3.1	Identifikasi Masalah	25
4.3.2	Penentuan Prioritas Masalah	33
4.3.3	Akar Penyebab Masalah.....	34
4.3.4	Alternatif Solusi	35
4.4	Kendala Pelaksanaan MBKM By Design FKM UNAIR.....	36
BAB V PENUTUP.....		37
5.1	Kesimpulan	37
5.2	Saran.....	37
DAFTAR PUSTAKA		38
LAMPIRAN.....		40

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Contoh Matriks Metode USG	9
Tabel 3.1	Jadwal Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF	11
Tabel 4.1	Hasil Evaluasi Standar Pelayanan Imunisasi	16
Tabel 4.2	Hasil Analisis Univariat (Karakteristik Responden).....	21
Tabel 4.3	Hasil Analisis Univariat (Distribusi Suspek TB).....	21
Tabel 4.4	Hasil Analisis Bivariat	22
Tabel 4.5	Karakteristik Responden Skrining	24
Tabel 4.6	Hasil Analisis Faktor Risiko dan Klasifikasi Suspek TB	25
Tabel 4.7	Fasilitas Fisik	26
Tabel 4.8	Perlengkapan Dalam Ruangan	26
Tabel 4.9	Peralatan Rantai Vaksin	27
Tabel 4.10	Bahan-Bahan.....	27
Tabel 4.11	<i>Cold Chain</i>	28
Tabel 4.12	Vaksin dan Logistik	29
Tabel 4.13	Pelayanan Imunisasi.....	30
Tabel 4.14	Kemitraan.....	30
Tabel 4.15	Pengolahan PWS di Puskesmas	31
Tabel 4.16	Analisis dan Tindak Lanjut PWS.....	31
Tabel 4.17	Pemantauan Program Imunisasi.....	32
Tabel 4.18	Pencatatan dan Pelaporan.....	32
Tabel 4.19	Prioritas Masalah Metode USG	34

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Contoh Diagram <i>Fishbone</i>	10
Gambar 4.1	Struktur Organisasi Puskesmas Kebonsari.....	15
Gambar 4.2	Identitas Diri.....	18
Gambar 4.3	Kontak Erat.....	18
Gambar 4.4	Gejala TB	19
Gambar 4.5	Faktor Risiko TB	19
Gambar 4.6	Hasil Pemetaan dengan EpiMap.....	23
Gambar 4.7	Hasil Pemetaan dengan QGIS	23
Gambar 4.8	Diagram <i>Fishbone</i>	34

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran I.	Logbook MBKM By Design FKM UNAIR.....	40
Lampiran II.	Sertifikat MBKM By Design FKM UNAIR dari UNICEF	46
Lampiran III.	Sertifikat MBKM By Design FKM UNAIR	47
Lampiran IV.	Dokumentasi Kegiatan	48
Lampiran V.	Surat Pengantar MBKM	54

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam rangka implementasi program Merdeka Belajar Kampus Merdeka (MBKM), Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Dikjen Dikti) Kemendikbud membuka kesempatan bagi mahasiswa untuk mempersiapkan diri memasuki dunia kerja. Berdasarkan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi, setiap mahasiswa program sarjana harus mengikuti seluruh kegiatan pembelajaran dalam program studi sesuai dengan beban belajar ataupun mengikuti kegiatan pembelajaran dalam program studi untuk memenuhi sebagian beban belajar yang kemudian sisanya mengikuti kegiatan pembelajaran di luar program studi. Salah satu cara untuk mengikuti kegiatan pembelajaran di luar program studi adalah dengan magang.

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga sangat mendukung mahasiswanya untuk mengikuti kegiatan pembelajaran di luar program studi. Hal ini dibuktikan dengan adanya program MBKM *by design* yang dirancang oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat untuk mahasiswanya. Program ini memfasilitasi mahasiswanya untuk dapat magang dengan instansi-instansi yang bermitra dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat, salah satunya adalah *United Nations Children's Fund* (UNICEF). Di UNICEF, program kegiatan yang dilaksanakan saat magang ini menasar pada remaja usia sekolah. Dengan demikian, untuk melaksanakan program kegiatan tersebut, UNICEF bermitra dengan puskesmas-puskesmas yang ada di Kota Surabaya, salah satunya adalah Puskesmas Kebonsari. Beberapa kegiatan yang dilakukan saat magang di UNICEF yang bermitra dengan Puskesmas Kebonsari adalah kampanye Manajemen Kebersihan Menstruasi (MKM), skrining TB, dan observasi program BIAS DT dan Td. Lebih lanjutnya, pada laporan ini akan lebih membahas mengenai observasi program BIAS DT dan Td.

Difteri merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Corynebacterium diphtheriae*. Pada tahun 2020, terdapat 94 kasus suspek difteri di Jawa Timur yang 2 kasus di antaranya adalah kasus difteri konfirmasi laboratorium (DINKES Provinsi Jatim, 2020). Pada tahun 2021, terdapat 53 kasus suspek difteri di Jawa Timur yang 2 kasus di antaranya adalah kasus difteri konfirmasi laboratorium (DINKES Provinsi Jatim, 2021). Pada tahun 2022, terdapat 163 kasus suspek difteri di Jawa Timur yang 16 kasus di antaranya adalah kasus difteri konfirmasi laboratorium (DINKES Provinsi Jatim, 2022). Dari tahun 2020 ke tahun 2021, jumlah kasus suspek difteri memang mengalami penurunan. Namun, dari tahun 2021 ke tahun 2022, jumlah kasus suspek difteri dan kasus difteri konfirmasi laboratorium mengalami peningkatan yang signifikan. Jika penderita difteri tidak memiliki kekebalan, maka peluang untuk terjadi kematian adalah 50% (Kemenkes, 2017). Pada pasien difteri, kematian biasanya terjadi karena adanya sumbatan pada jalan pernapasan, kerusakan otot jantung, dan kelainan pada susunan saraf pusat serta ginjal.

Tetanus merupakan penyakit tidak menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Clostridium tetani*. Tetanus juga dapat berdampak pada kematian, terutama jika penderitanya tidak memiliki kekebalan yang didapatkan dari imunisasi. Apalagi, penyakit tetanus ini belum ditemukan obatnya. Obat tetanus yang ada saat ini hanya digunakan untuk pencegahan komplikasi (Kemenkes, 2022). Di negara berkembang, angka kematian penyakit tetanus dapat mencapai lebih dari 50% (Maryanti, 2022). Tetanus dapat menyerang segala usia, mulai dari bayi hingga dewasa. Pada anak-anak, tetanus dapat disebabkan oleh otitis media, luka tusuk, serta laserasi di ekstremitas dan kepala (Putri, 2020).

Difteri dan tetanus merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sebagai salah satu Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Puskesmas Kebonsari memiliki peran yang krusial di garda terdepan dalam upaya promotif dan preventif, salah satunya adalah imunisasi. Untuk itu, perlu adanya observasi pelaksanaan imunisasi, khususnya program BIAS DT

dan Td untuk melihat dan mengidentifikasi faktor yang memengaruhi pelaksanaan imunisasi, seperti fasilitas fisik, perlengkapan dalam ruangan, peralatan rantai vaksin, bahan-bahan, *cold chain* (rantai dingin), vaksin dan logistik, pelayanan imunisasi, dan kemitraan. Selain itu, evaluasi imunisasi DT dan Td juga dilakukan untuk menilai sistem pencatatan dan pelaporan yang ada.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Secara umum, laporan kegiatan magang ini dilakukan dengan tujuan untuk mengobservasi program BIAS DT dan Td

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi profil dari UNICEF dan Puskesmas Kebonsari
2. Mengidentifikasi pelaksanaan program BIAS DT dan Td di Puskesmas Kebonsari
3. Mengidentifikasi masalah program BIAS DT dan Td di Puskesmas Kebonsari
4. Mengidentifikasi prioritas masalah program BIAS DT dan Td di Puskesmas Kebonsari
5. Mengidentifikasi akar penyebab masalah program BIAS DT dan Td di Puskesmas Kebonsari
6. Mengidentifikasi alternatif solusi dari masalah program BIAS DT dan Td di Puskesmas Kebonsari

1.3 Manfaat

Kegiatan ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pihak-pihak yang terkait di dalamnya

1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa

1. Mendapat dan menambah wawasan mahasiswa mengenai observasi program BIAS DT dan Td
2. Mendapat dan menambah pengalaman secara praktikal untuk mempersiapkan diri memasuki dunia kerja

1.3.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Menambah kepustakaan mengenai observasi program BIAS DT dan Td
2. Sebagai bahan evaluasi fakultas mengenai program magang untuk acuan selanjutnya

1.3.3 Manfaat Bagi Instansi

1. Sebagai bahan pertimbangan dalam upaya pemaksimalan program BIAS DT dan Td
2. Menambah jalinan hubungan kerja sama yang positif antara instansi magang dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Difteri

2.1.1 Definisi Difteri

Difteri adalah penyakit menular akut yang disebabkan oleh infeksi dari bakteri *Corynebacterium diphtheriae*. Difteri seringkali menyerang anak-anak. Difteri ini dapat berkembang menjadi epidemik yang memiliki *Case Fatality Rate* (CFR) yang tinggi (Saunders & Suarca, 2019). Negara-negara tropis dengan penduduk yang padat serta cakupan imunisasi yang rendah, dapat menjadi lokasi strategis untuk berkembangnya penyakit difteri ini.

Penyakit difteri dapat menular melalui *droplet*. *Droplet* ini biasanya dikeluarkan saat seseorang sedang bersin, batuk, maupun kontak langsung saat berbicara. Ketika bakteri *Corynebacterium diphtheriae* ini masuk ke dalam tubuh manusia, maka akan menghasilkan toksin yang dapat merusak sel-sel tubuh dan menyebabkan gejala klinis yang beragam. Penyakit ini biasanya menyerang saluran pernapasan, tetapi dapat memengaruhi area lain dalam tubuh, seperti pada kulit, telinga, mata, dan sebagainya (Saunders & Suarca, 2019).

2.1.2 Gejala Difteri

Secara umum, gejala difteri bergantung di mana bakteri *Corynebacterium* ini tinggal. Berikut ini merupakan gejala difteri berdasarkan lokasi bakteri (Saunders & Suarca, 2019).

1. Difteri Hidung

Pada difteri hidung, gejala yang biasanya muncul adalah munculnya sekret hidung yang dapat disertai dengan bercak darah. Selain itu, pseudomembran putih biasanya terbentuk di daerah septum nasal.

2. Difteri Tonsil dan Faring

Pada difteri tonsil dan faring, gejala yang umumnya terjadi

adalah nyeri tenggorokan, malaise, anoreksia, serta demam ringan. Kemudian, setelah 2-3 hari, dapat terbentuk membran berwarna putih kebiruan. Jika terjadi perdarahan, pseudomembran akan menjadi berwarna hijau keabuan hingga hitam.

3. Difteri Laring

Pada difteri laring, gejala yang dapat terjadi adalah demam, batuk rejan, serta suara yang serak.

4. Difteri Kulit

Pada difteri kulit, gejala yang dapat dialami adalah infeksi kulit yang berupa ruam berskuama atau ulkus.

5. Difteri Tempat Lain

Pada difteri telinga, gejala yang dapat muncul adalah munculnya sekret purulent yang berbau. Kemudian, pada difteri mata, biasanya muncul kemerahan, edema, dan membran pada konjungtiva palpebra.

2.2 Tetanus

2.2.1 Definisi Tetanus

Tetanus merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Clostridium tetani*. Penyakit tetanus ini termasuk penyakit yang tidak menular. Bakteri *Clostridium tetani* ini biasanya berada di tanah, debu jalan, feses manusia, dan feses binatang. Bakteri ini kemudian menginfeksi manusia melalui luka terbuka, luka sayatan, ataupun luka lainnya. Setelah masuk ke dalam tubuh, bakteri tersebut berkembang sporanya dan menghasilkan toksin yang disebut tetanospasmin (Laksmi, 2014).

2.2.2 Gejala Tetanus

Tetanus memiliki masa inkubasi berkisar 3-21 hari. Namun, rata-rata masa inkubasi tetanus adalah 7 hari. Pada mayoritas penderita, gejala tetanus akan muncul setelah 1-2 minggu terinfeksi bakteri *Clostridium tetani*. Secara umum, tetanus dapat menimbulkan gejala, seperti trias (rigiditas otot, spasme otot, dan ketidakstabilan otonom), kekakuan otot, kesulitan membuka mulut, kekakuan leher, dan kekakuan punggung

(Laksmi, 2014).

Pada kasus tetanus yang berat, gejala yang dapat muncul adalah gangguan otonom, seperti berkeringat, salivasi, hiperpireksia, meningkatnya sekresi bronkus, stasis lambung, serta ileus. Pada tetanus yang berat, juga dapat memunculkan komplikasi, seperti gagal ginjal akut, atelektasis, pneumonia aspirasi, ulkus peptikum, infeksi traktus urinarius, thrombosis vena, retensi urine, thromboemboli, dan ulkus dekubitus (Laksmi, 2014).

2.3 Imunisasi

2.3.1 Definisi Imunisasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, imunisasi dapat didefinisikan sebagai sebuah upaya yang dilakukan seseorang untuk meningkatkan kekebalannya secara aktif terhadap suatu penyakit. Ketika seseorang sudah meningkatkan kekebalannya dengan imunisasi, maka jika suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut bisa tidak mengalami kesakitan atau bergejala ringan saja. Imunisasi dilakukan dengan cara memberikan vaksin ke tubuh seseorang.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, vaksin merupakan suatu produk biologi yang akan meningkatkan kekebalan spesifik terhadap penyakit tertentu. Produk biologi ini biasanya berisi antigen yang dapat berupa mikroorganisme yang masih hidup tetapi dilemahkan, mikroorganisme yang sudah mati, mikroorganisme yang masih utuh ataupun bagiannya, maupun berupa toksin mikroorganisme yang sudah diolah menjadi toksoid atau protein rekombinan.

2.3.2 Jenis-Jenis Imunisasi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, imunisasi dapat dibagi menjadi dua jenis berdasarkan jenis penyelenggaraannya.

1. Imunisasi Program

Imunisasi program secara umum terdiri dari tiga jenis, yaitu imunisasi rutin, imunisasi tambahan, serta imunisasi khusus. Pada dasarnya, imunisasi program ini harus diberikan sesuai dengan jenis vaksin serta jadwal ataupun waktu pemberian vaksin sesuai dalam pedoman penyelenggaraan imunisasi. Contoh imunisasi program ini adalah imunisasi meningitis meningokokus, imunisasi demam kuning, imunisasi polio, imunisasi hepatitis B, dan sebagainya.

Program BIAS DT dan Td yang dibahas pada laporan ini, termasuk ke dalam jenis imunisasi program, yaitu imunisasi rutin. Imunisasi rutin ini harus dilakukan secara terus menerus. Imunisasi rutin ini terdiri dari dua jenis, yaitu imunisasi dasar yang diberikan pada bayi sebelum usia 1 tahun serta imunisasi lanjutan yang diberikan kepada anak usia bawah dua tahun, anak usia sekolah dasar, serta wanita usia subur.

2. Imunisasi Pilihan

Imunisasi pilihan merupakan imunisasi yang hanya dapat dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, berupa klinik, praktik dokter, dan rumah sakit. Imunisasi ini dilakukan oleh dokter ataupun dokter spesialis sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Beberapa contoh vaksin yang termasuk dalam jenis imunisasi pilihan adalah vaksin MMR, vaksin tifoid, vaksin varisela, vaksin hepatitis A, vaksin influenza, dan sebagainya.

2.4 Metode USG

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, salah satu metode yang dapat digunakan untuk menentukan prioritas masalah adalah metode *Urgency, Seriousness, Growth* (USG). Metode USG ini merupakan metode yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah dengan cara menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu dengan menggunakan skala 1-5 atau 1-10. Isu dengan total skor tertinggi, akan menjadi isu prioritas. Lebih jelasnya, metode USG dapat dijabarkan sebagai berikut.

1. *Urgency*

Urgency atau urgensi ini dapat dilihat dari waktu yang tersedia serta tekanan yang diberikan untuk memecahkan masalah yang dapat menyebabkan isu tersebut. Urgensi ini pada dasarnya dilihat dari seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas.

2. *Seriousness*

Seriousness atau keseriusan ini dapat dilihat dari seberapa serius isu tersebut harus dibahas yang berkaitan dengan konsekuensi yang muncul akibat penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut. Dampak masalah tersebut berpengaruh terhadap produktivitas kerja, keberhasilan, serta apakah membahayakan sistem atau tidak ini dapat dinilai sebagai *seriousness*.

3. *Growth*

Growth atau perkembangan isu ini dapat dilihat dari seberapa mungkin isu tersebut dapat berkembang menjadi memburuk jika isu ini dibiarkan.

Tabel 2.1 Contoh Matriks Metode USG

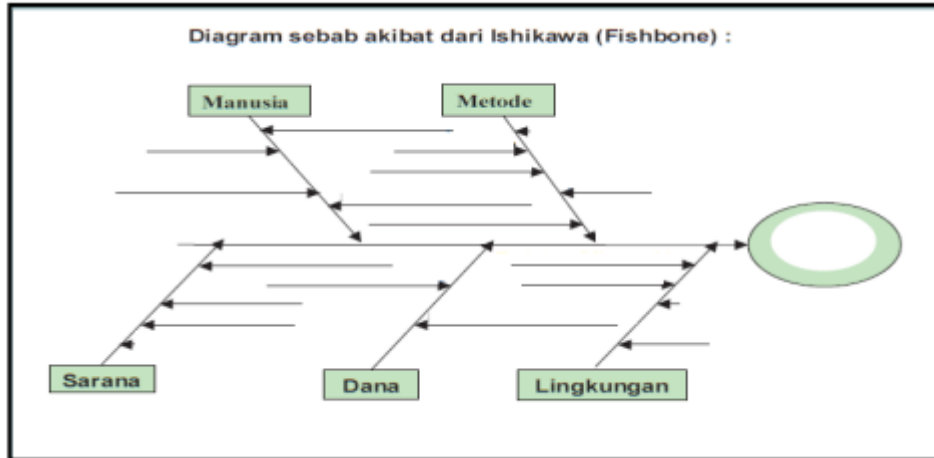
NO	MASALAH	U	S	G	TOTAL
1.	Masalah A	5	3	3	11
2.	Masalah B	4	4	4	12
3.	Masalah C	3	5	5	13

2.5 Diagram *Fishbone*

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, salah satu metode yang dapat digunakan untuk mencari akar penyebab masalah adalah dengan diagram *fishbone*. Pada diagram *fishbone* atau tulang ikan ini, langkah-langkah penyusunannya, yaitu.

1. Pada bagian kepala ikan, tulis “masalah”
2. Buat garis horizontal dengan anak panah yang menunjuk ke bagian kepala ikan

3. Tetapkan kategori utama dari penyebab
4. Buat garis miring yang anak panahnya menunjuk ke garis horizontal
5. Lakukan *brainstorming* yang difokuskan pada setiap kategori
6. Lakukan untuk kategori utama yang lain



Gambar 2.1 Contoh Diagram *Fishbone*

BAB III METODE PELAKSANAAN

3.1 Lokasi MBKM by Design FKM UNAIR

Kegiatan magang MBKM *by design* FKM UNAIR ini dilakukan di UNICEF Surabaya yang berlokasi di Jalan Pahlawan Nomor 102, Alun-alun Contong, Kecamatan Bubutan, Surabaya, Jawa Timur. Pada MBKM *by design* ini, kelompok kami bermitra dengan Puskesmas Kebonsari yang berlokasi di Jalan Kebonsari Manunggal Nomor 30-32, Kecamatan Jambangan, Surabaya, Jawa Timur. Namun, selama observasi program BIAS DT dan Td, kami melakukannya di MI Negeri 2 Surabaya, MI El Rahmah, MI Darussalam, dan MI Hasanuddin.

3.2 Waktu Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

MBKM *by design* FKM UNAIR dilaksanakan pada bulan Oktober 2023 – Januari 2024.

Tabel 3.1 Jadwal Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF

No.	Nama Kegiatan	Oktober				November				Desember				Januari
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
1	Persiapan magang (penentuan instansi, pembentukan kelompok, dan penyusunan proposal magang)													
2	Pengajuan proposal magang dan perizinan magang kepada instansi terkait													
3	Pelaksanaan magang di Puskesmas Kebonsari pada bidang TB													

4	Pelaksanaan magang di Puskesmas Kebonsari pada bidang imunisasi (BIAS DT dan Td)																			
5	Visit Kantor UNICEF di Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda) Provinsi Jawa Timur																			
6	Penyusunan laporan hasil magang kelompok																			
7	Seminar hasil magang kelompok																			
8	Penyusunan laporan hasil magang individu																			
9	Seminar hasil magang individu																			

3.3 Metode Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

Selama MBKM, kegiatan dilakukan secara metode pelaksanaan yang telah dilakukan adalah sebagai berikut.

1. Pengenalan Instansi

Sebelum turun di lapangan untuk melakukan intervensi, dilakukan pengenalan instansi terlebih dahulu, salah satunya adalah melalui kegiatan *Training of Trainers* (ToT) yang diadakan oleh UNICEF. Selain itu, pengenalan dengan pihak Puskesmas Kebonsari juga dilakukan.

2. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan Kepala Puskesmas Kebonsari. Selain itu, diskusi juga dilakukan dengan penanggungjawab di masing-masing program, yaitu diskusi dengan penanggungjawab UKS, penanggungjawab untuk program TB, dan penanggungjawab untuk program imunisasi. Tidak hanya itu, diskusi juga dilakukan dengan UNICEF sebagai instansi magang. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan masukan serta saran untuk mempersiapkan intervensi yang akan dilakukan.

3. Partisipasi Aktif

Saat pelaksanaan program kegiatan magang, yaitu skrining TB dan observasi program BIAS DT dan Td, mahasiswa berpartisipasi secara aktif untuk melakukan intervensi tersebut.

4. Studi Literatur

Studi literatur dilakukan untuk menambah wawasan yang berkaitan dengan skrining TB dan observasi program BIAS DT dan Td. Selain itu, studi literatur juga dilakukan untuk penyusunan laporan magang.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Pengumpulan data primer untuk observasi program BIAS DT dan Td dilakukan dengan observasi dengan formulir Supervisi Suportif (SS) dan melakukan wawancara dengan penanggungjawab imunisasi di Puskesmas Kebonsari. Kemudian, untuk data sekunder didapatkan dari profil Puskesmas Kebonsari, artikel ilmiah, ataupun literatur lainnya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Instansi/ Mitra

4.1.1 Gambaran Umum UNICEF

UNICEF merupakan organisasi yang berada di bawah PBB yang menangani isu-isu yang berkaitan dengan anak. UNICEF tersebar di beberapa negara, termasuk di Indonesia. Di Indonesia, UNICEF memiliki beberapa kantor lapangan, salah satunya adalah di Surabaya. Kantor lapangan UNICEF Surabaya ini terletak di Jalan Pahlawan Nomor 102, Alun-alun Contong, Kecamatan Bubutan, Surabaya, Jawa Timur.

4.1.2 Gambaran Umum Puskesmas Kebonsari

Puskesmas Kebonsari merupakan salah satu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terletak di Jalan Kebonsari Manunggal Nomor 30-32, Kecamatan Jambangan, Surabaya. Puskesmas Kebonsari memiliki empat wilayah kerja, yaitu Kelurahan Kebonsari, Kelurahan Karah, Kelurahan Jambangan, dan Kelurahan Pagesangan. Luas wilayah kerja Puskesmas Kebonsari adalah sebesar 36.796 km².

Kondisi wilayah kerja Puskesmas Kebonsari secara umum terdapat di daerah dataran rendah dengan rincian sebagai berikut.

1. Tinggi tempat dari permukaan laut : 9 m
2. Curah hujan : 279 mm/ tahun
3. Topografi daratan : rendah
4. Suhu udara rata-rata : 23°C - 32°C

Wilayah kerja dari Puskesmas Kebonsari ini berbatasan dengan.

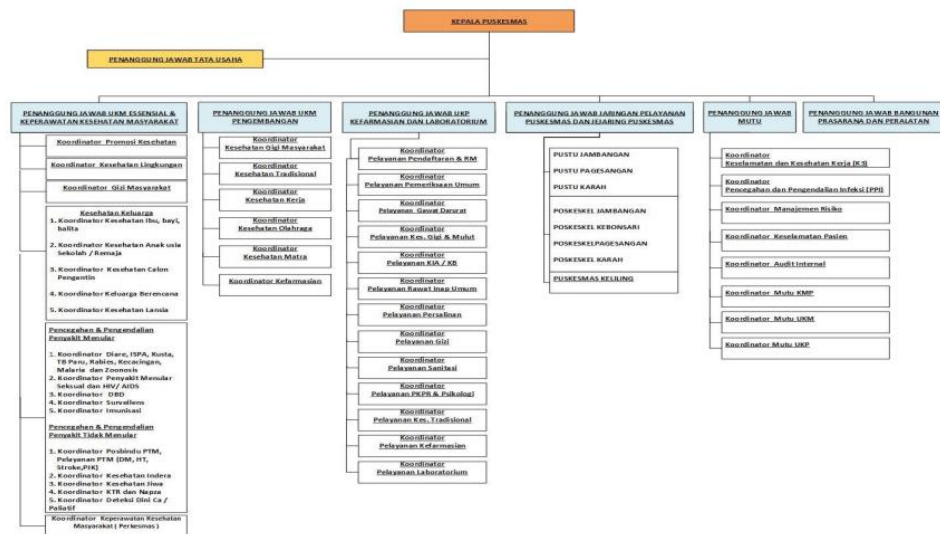
1. Utara : Kecamatan Wonokromo
2. Selatan : Kabupaten Sidoarjo
3. Barat : Kecamatan Karang Pilang
4. Timur : Kecamatan Gayungan

Puskesmas Kebonsari memiliki visi “Terwujudnya masyarakat Kecamatan Jambangan yang sehat dan mandiri melalui pelayanan

kesehatan yang bermutu didukung oleh pemberdayaan masyarakat yang berkesinambungan”. Puskesmas Kebonsari memiliki empat misi, yaitu

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang profesional bagi masyarakat
2. Meningkatkan mutu, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan
3. Melaksanakan standarisasi pada semua unsur pelayanan
4. Meningkatkan pengetahuan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan

4.1.3 Struktur Organisasi Puskesmas Kebonsari



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Puskesmas Kebonsari

4.2 Pembelajaran Pencapaian Learning Outcome Mata Kuliah

4.2.1 Epidemiologi Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Mata kuliah Epidemiologi Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) merupakan mata kuliah yang memberikan pengetahuan serta pemahaman mengenai penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi melalui pendekatan epidemiologi. Mata kuliah ini mempelajari konsep imunologi, respon imun, biomarker, gambaran dan evaluasi program imunisasi nasional, dan terkait beberapa imunisasi untuk penyakit yang menjadi wabah dan imunisasi wajib. Pada mata kuliah ini, salah satu kompetensi yang diharapkan adalah mahasiswa dapat

melakukan analisis dan observasi terhadap program pengendalian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Pada saat melaksanakan MBKM, salah satu kegiatan yang dilakukan untuk mempraktikkan mata kuliah epidemiologi PD3I ini adalah melakukan observasi terhadap program pengendalian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, yaitu program BIAS DT dan Td di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari. Pada kegiatan ini, digunakan formulir Supervisi Suportif (SS) untuk melakukan observasi program BIAS DT dan Td di sekolah-sekolah yang berada di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari. Selain observasi secara langsung, wawancara juga dilakukan untuk mendapatkan informasi tambahan yang diperlukan untuk melengkapi formulir SS tersebut. Pada formulir SS ini, komponen yang dapat memengaruhi pelaksanaan imunisasi dilihat, antara lain fasilitas fisik, perlengkapan dalam ruang, peralatan rantai vaksin, bahan-bahan, *cold chain*, vaksin dan logistik, pelayanan imunisasi, kemitraan, pengolahan PWS di puskesmas, analisis dan tindak lanjut PWS, pemantauan program imunisasi, serta pencatatan dan pelaporan. Dari hasil observasi kami, program BIAS DT dan Td yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari memiliki nilai 95,65% yang termasuk dalam kategori baik. Berikut merupakan hasil observasi program BIAS DT dan Td di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari.

Tabel 4.1 Hasil Evaluasi Standar Pelayanan Imunisasi

STANDAR PELAYANAN IMUNISASI		PUSKESMAS KEBONSARI		
		NILAI AKTUAL	NILAI HARAPAN	%
1. Fasilitas Fisik		6	7	85.70
2.	Perlengkapan dalam Ruang	6	6	100.00
3.	Peralatan Rantai Vaksin	7	7	100.00
4.	Bahan – bahan	12	12	100.00

5.	<i>Cold Chain</i> (Rantai dingin dan Logistik)	10	10	100.00
6.	Vaksin dan Logistik	5	6	83.30
7.	Pelayanan Imunisasi	6	6	100.00
8.	Kemitraan	1	2	50.00
9.	Pengolahan PWS di Puskesmas	2	2	100.00
10.	Analisis & Tindak Lanjut PWS	5	5	100.00
11.	Pemantauan Program Imunisasi	2	2	100.00
12.	Pencatatan dan Pelaporan	4	4	100.00
Total		66	69	95.65
Kategori		BAIK		

4.2.2 Manajemen Data

Mata kuliah manajemen data merupakan mata kuliah yang mempelajari konsep dan tahapan manajemen data dengan berbasis praktikum menggunakan aplikasi Epi Info 7. Pada manajemen data ini, dilakukan praktikum yang mencakup pembuatan instrumen, editing, koding, pemasukan data, transformasi data, serta analisis data. Manajemen data memanfaatkan fitur-fitur yang berada di aplikasi Epi Info 7, seperti *create forms*, *check code*, *enter data*, *statcalc*, *analyze data*, dan sebagainya.

Pada saat melaksanakan MBKM, kegiatan yang dilakukan untuk mempraktikkan mata kuliah manajemen data ini adalah melakukan tahapan manajemen data untuk skrining TB. Untuk melakukan praktik manajemen data skrining TB ini, digunakan fitur *create forms* untuk memasukkan formulir skrining TB ke dalam Epi Info 7. Kemudian, digunakan fitur *check code* untuk mengkodekan data. Lalu, digunakan fitur

enter data untuk menginput data skrining TB. Selanjutnya, dilakukan analisis data untuk melihat distribusi dan menganalisis faktor risiko suspek TB. Berikut merupakan capaian mata kuliah Manajemen Data.

1. *Create Form*

Pada *create form*, dibuat formulir skrining TB anak yang terdiri dari empat bagian, yaitu identitas, kontak erat, gejala, dan faktor risiko.

FORMULIR SKRINING TB ANAK	
IDENTITAS	
Nama	<input type="text"/>
Tanggal Skrining	<input type="text"/>
Jenis Kelamin	<input type="radio"/> Laki-laki <input type="radio"/> Perempuan
Usia	<input type="text"/>
Tanggal Lahir	<input type="text"/>
Alamat Domisili	<input type="text"/>
Sekolah	<input type="text"/>
Berat Badan:	<input type="text"/> kg
Tinggi Badan:	<input type="text"/> m
IMT:	<input type="text"/>

Gambar 4.2 Identitas Diri

KONTAK ERAT	
A.1 Apakah tinggal serumah dengan pasien TBC?	<input type="text"/>
A.1 Keterangan	<input type="text"/>
A.2 Apakah kontak erat dengan pasien TBC yang tidak tinggal serumah?	<input type="text"/>
A.2 Keterangan	<input type="text"/>
Klasifikasi	<input type="text"/>

Gambar 4.3 Kontak Erat

GEJALA TBC	
B.1 Batuk	<input type="text"/>
B.1 Keterangan (hari)	<input type="text"/>
B.2 Demam lebih dari 2 minggu	<input type="text"/>
B.3 Berat badan tidak naik/turun dalam 2 bulan berturut-turut	<input type="text"/>
B.4 Tidak nafsu makan	<input type="text"/>
B.5 Benjolan di leher atau ketiak	<input type="text"/>
B.5 Keterangan	<input type="text"/>
B.6 Mengeluh berkeringat pada malam hari	<input type="text"/>
Klasifikasi	<input type="text"/>

Gambar 4.4 Gejala TB

FAKTOR RISIKO TBC	
C1. Gizi Buruk	<input type="text"/>
C2. Tinggal serumah dengan perokok aktif	<input type="text"/>

Gambar 4.5 Faktor Risiko TB

2. *Check Code*

- a. Variabel Usia: Menggunakan *check code* “*ASSIGN*” dengan *date function* “*YEARS*”. Hal ini dilakukan dengan cara menghitung selisih tanggal dilakukan skrining dengan tanggal lahir.
- b. Variabel IMT: Menggunakan *check code* “*ASSIGN*” dengan melakukan perhitungan $BB / (TB \times TB)$. Hal ini dilakukan dengan menggunakan variabel berat badan dan tinggi badan
- c. Variabel Klasifikasi Kontak Erat: Menggunakan *check code* “*IF*” dan “*ELSE*”. Jika responden tidak memiliki kontak dengan penderita TB, baik serumah dan yang tidak tinggal serumah, maka responden termasuk dalam kategori bukan kontak erat, dan sebaliknya.
- d. Variabel A1 (Tinggal Serumah dengan Penderita TB): Menggunakan *check code* “*GOTO*”. Jika responden tidak tinggal serumah dengan penderita TB, maka akan langsung menuju ke variabel A2 (melewati variabel Keterangan A1).

- e. Variabel A2 (Kontak Erat dengan Penderita TB Bukan Tinggal Serumah): Menggunakan *check code* “GOTO”. Jika responden tidak memiliki kontak erat dengan penderita TB yang tidak tinggal serumah, maka akan langsung menuju ke variabel Klasifikasi Kontak Erat (melewati variabel Keterangan A2).
 - f. Variabel B1 (Batuk): Menggunakan *check code* “GOTO”. Jika responden tidak memiliki gejala batuk, maka akan langsung menuju ke variabel B2 (melewati variabel Keterangan B1).
 - g. Variabel B5 (Benjolan di leher/ketiak): Menggunakan *check code* “GOTO”. Jika responden tidak memiliki benjolan di leher/ketiak, maka akan langsung menuju ke variabel B6 (melewati variabel Keterangan B5).
 - h. Variabel C1 (Gizi Buruk): Menggunakan *check code* “IF” dan “ELSE”. Jika responden memiliki variabel $IMT < 17$, maka responden termasuk dalam kategori gizi buruk dan jika variabel $IMT > 17$, maka responden bukan termasuk kategori gizi buruk.
 - i. Variabel Klasifikasi Suspek: Menggunakan *check code* “IF” dan “ELSE”. Jika variabel Keterangan B1 (Batuk) < 14 hari atau “missing”; variabel B2 (demam lebih dari 14 hari) termasuk “no”; variabel B3 (berat badan tidak naik/turun dalam waktu 14 hari berturut-turut) termasuk “no”; variabel B5 (benjolan di leher/ketiak) termasuk “no”; variabel B6 (berkeringat di malam hari) termasuk “no”; maka responden termasuk dalam kategori Bukan Suspek TB. Namun sebaliknya, jika salah satu variabel tersebut termasuk “yes,” maka responden termasuk dalam kategori Suspek TB.
3. Analisis Data

Data kemudian dimasukkan agar data dapat dianalisis. Total data yang dimasukkan adalah sebanyak 232 data. Dari 232 data tersebut, sebanyak 50 data berasal dari MI Hasanuddin, sebanyak 54 data berasal dari MI El Rahmah, sebanyak 46 data berasal dari MI

Darussalam, dan sebanyak 82 data berasal dari MIN 2 Surabaya. Berikut ini merupakan tabel hasil analisis univariat dan bivariat.

Tabel 4.2 Hasil Analisis Univariat (Karakteristik Responden)

Karakteristik	n	%
Asal Sekolah		
MI Hasanuddin	51	21.70
MI El-Rahmah	54	22.98
MI Darussalam	48	20.43
MIN 2 Surabaya	82	34.89
Jenis Kelamin		
Laki-laki	121	51.49
Perempuan	114	48.51
Kategori IMT		
Sangat kurus	94	40.00
Kurus	32	13.74
Normal	84	35.74
<i>Overweight</i>	12	05.11
Obesitas	13	05.53
Klasifikasi Kontak Erat		
Kontak erat	17	07.26
Bukan kontak erat	217	92.74
Klasifikasi Suspek TB		
Suspek TB	100	42.55
Bukan suspek TB	135	57.45
Faktor Risiko		
Gizi buruk		
Ya	91	38.72
Tidak	144	61.28
Tinggal serumah dengan perokok aktif		
Ya	72	30.64
Tidak	163	69.36
Total	235	100.00

Tabel 4.3 Hasil Analisis Univariat (Distribusi Suspek TB)

Asal Sekolah	Suspek TB	
	Ya n (%)	Tidak n (%)

MI Hasanuddin	14 (14.00)	37 (27.41)
MI El-Rahmah	23 (23.00)	31 (22.96)
MI Darussalam	21 (21.00)	27 (20.00)
MIN 2 Surabaya	42 (42.00)	40 (29.63)
Total	100 (100.00)	135 (100.00)

Tabel 4.4 Hasil Analisis Bivariat

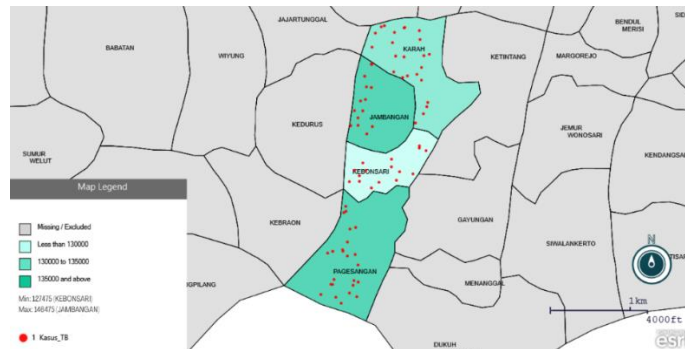
Variabel	Klasifikasi Suspek TB		<i>p</i> Value	RR (95% CI)
	Suspek TB n (%)	Bukan Suspek TB n (%)		
Riwayat Kontak Erat				
Ya	9 (52.94)	8 (47.06)	0.50	1.28 (0.79 – 2.05)
Tidak	90 (41.47)	127 (58.53)		
Faktor Risiko Gizi buruk				
Ya	50 (54.95)	41 (45.05)	0.01	1.58 (1.18 – 2.12)
Tidak	50 (34.72)	94 (65.28)		
Tinggal serumah dengan perokok aktif				
Ya	46 (63.89)	26 (36.11)	0.01	1.92 (1.46 – 2.55)
Tidak	54 (33.13)	109 (66.87)		
Total	100 (42.55)	135 (57.45)		

4.2.3 Pemetaan Pola Penyakit dan Risiko

Mata kuliah pemetaan pola penyakit dan risiko merupakan mata kuliah yang mempelajari analisis yang menghubungkan pola tempat dan

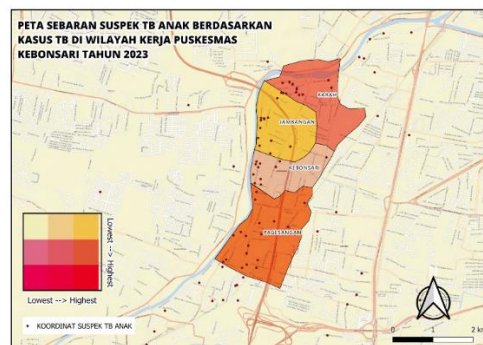
waktu antara pola penyakit dan risiko. Mata kuliah ini pada dasarnya mempelajari pembuatan peta untuk kemudian dilakukan analisis. Pada mata kuliah ini, pembelajaran dilakukan dengan memanfaatkan aplikasi HealthMapper, EpiMap, dan juga QGIS.

Pada saat MBKM, kegiatan yang dilakukan untuk mempraktikkan mata kuliah pemetaan pola penyakit dan risiko adalah menyajikan peta dengan menggunakan EpiMap dan QGIS. Pada pemetaan yang dilakukan dengan menggunakan EpiMap, penyajian peta dilakukan untuk menganalisis spasial kasus TB berdasarkan kepadatan penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari pada tahun 2023. Berikut ini merupakan hasil peta yang dibuat dengan menggunakan EpiMap.



Gambar 4.6 Hasil Pemetaan dengan EpiMap

Kemudian, untuk pemetaan yang dilakukan dengan menggunakan QGIS, penyajian peta dilakukan untuk menganalisis spasial sebaran suspek TB anak berdasarkan kasus TB di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari. Berikut merupakan hasil peta yang dibuat dengan menggunakan QGIS.



Gambar 4.7 Hasil Pemetaan dengan QGIS

4.2.4 Skrining

Mata kuliah skrining merupakan mata kuliah yang pada dasarnya mempelajari bagaimana konsep skrining. Dengan adanya mata kuliah ini, mahasiswa diharapkan memiliki kompetensi untuk dapat merancang kegiatan skrining, melakukan skrining, serta melakukan analisis hasil skrining. Hasil skrining ini nantinya dapat digunakan sebagai deteksi dini untuk mencegah penyakit menyebar dan bertambah lebih serius.

Pada saat melaksanakan MBKM, kegiatan yang dilakukan untuk mempraktikkan mata kuliah skrining adalah memodifikasi formulir skrining TB. Formulir skrining TB ini digunakan untuk melakukan skrining TB di empat sekolah yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari, yaitu MI Negeri 2 Surabaya, MI Hasanuddin, MI Darussalam, dan MI El Rahmah. Hasil skrining TB ini nantinya akan dianalisis dan ditindaklanjuti oleh Puskesmas Kebonsari sebagai penegakkan diagnosis untuk penyakit TB. Berikut merupakan tabel hasil distribusi suspek TB dan analisis faktor risiko dengan klasifikasi suspek TB.

Tabel 4.5 Karakteristik Responden Skrining

Karakteristik	n	%
Asal Sekolah		
MI Hasanuddin	51	21.70
MI El-Rahmah	54	22.98
MI Darussalam	48	20.43
MIN 2 Surabaya	82	34.89
Jenis Kelamin		
Laki-laki	121	51.49
Perempuan	114	48.51
Kategori IMT		
Sangat kurus	94	40.00
Kurus	32	13.74
Normal	84	35.74
<i>Overweight</i>	12	05.11
Obesitas	13	05.53
Klasifikasi Kontak Erat		
Kontak erat	17	07.26
Bukan kontak erat	217	92.74

Klasifikasi Suspek TB		
Suspek TB	100	42.55
Bukan suspek TB	135	57.45
Faktor Risiko		
Gizi buruk		
Ya	91	38.72
Tidak	144	61.28
Tinggal serumah dengan perokok aktif		
Ya	72	30.64
Tidak	163	69.36
Total	235	100.00

Tabel 4.6 Hasil Analisis Faktor Risiko dan Klasifikasi Suspek TB

Variabel	Klasifikasi Suspek TB		<i>p Value</i>	RR (95% CI)
	Suspek TB n (%)	Bukan Suspek TB n (%)		
Riwayat Kontak Erat				
Ya	9 (52.94)	8 (47.06)	0.50	1.28 (0.79 – 2.05)
Tidak	90 (41.47)	127 (58.53)		
Faktor Risiko Gizi buruk				
Ya	50 (54.95)	41 (45.05)	0.01	1.58 (1.18 – 2.12)
Tidak	50 (34.72)	94 (65.28)		
Tinggal serumah dengan perokok aktif				
Ya	46 (63.89)	26 (36.11)	0.01	1.92 (1.46 – 2.55)
Tidak	54 (33.13)	109 (66.87)		
Total	100 (42.55)	135 (57.45)		

4.3 Evaluasi Program BIAS DT dan Td

4.3.1 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dilakukan dengan menggunakan instrumen Supervisi Suportif (SS) untuk menilai program BIAS DT dan Td.

1. Input

Pada input, terdapat beberapa poin yang diamati, yaitu fasilitas fisik, perlengkapan dalam ruangan, peralatan rantai vaksin, dan bahan-bahan. Setiap poin terdiri dari beberapa item pertanyaan. Setiap item pertanyaan, ada dua pilihan jawaban, yaitu “Ya” atau “Tidak” yang nantinya akan diisi sesuai dengan hasil observasi dan wawancara untuk program BIAS DT dan Td. Berikut merupakan hasil penilaian untuk bagian input.

Tabel 4.7 Fasilitas Fisik

1. FASILITAS FISIK (Ruangan Tempat LE Penyimpanan Vaksin)		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Spesifikasi ruangan (minimal 12 m ²)	✓	
2.	Kebersihan (Tidak ada debu, kotoran, sampah, sarang laba2)	✓	
3.	Pencahayaan (Bisa untuk membaca dengan baik)	✓	
4.	Ventilasi (Sirkulasi udara baik)	✓	
5.	Outlet listrik (soket) minimal 1 di ruangan	✓	
6.	Tempat cuci tangan dengan air mengalir	✓	
7.	Lantai semen/keramik	✓	

Tabel 4.8 Perlengkapan Dalam Ruangan

2. PERLENGKAPAN DALAM RUANGAN		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Meja dengan laci (penyimpanan catatan)	✓	
2.	Kursi (minimal 3 kursi di ruangan – berfungsi dengan baik)	✓	
3.	Lemari catatan dengan rak dan pintu berengsel serta kunci	✓	
4.	Meja pemeriksaan / pelayanan	✓	
5.	Tempat limbah-medis / <i>safety box</i> (1 tempat sampah di ruangan)	✓	
6.	Tempat sampah di ruangan	✓	

Tabel 4.9 Peralatan Rantai Vaksin

3. PERALATAN RANTAI VAKSIN		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Box pendingin (min. 1 box, tutup rapat, tidak retak dan bersih)	✓	
2.	<i>Vaccine Carrier</i> (min. 1, tutup rapat, tidak retak dan bersih)	✓	
3.	<i>Cool pack</i> (min. 12 <i>ice pack</i> yg dapat digunakan)	✓	
	Jumlah yg dapat digunakan	25	
4.	Lemari pendingin / refrigerator tempat penyimpanan vaksin (pintu tertutup rapat, penyegel pintu dari karet utuh, bersih)	✓	
	Type LE/refrigerator tempat penyimpanan vaksin	TCW 3000 AC domestic	
	Adakah LE tersendiri untuk membuat <i>cool pack</i>	✓	
5.	Termometer lemari pendingin (min.1)	✓	
6.	Terdapat <i>freezer tag</i> dan <i>freeze watch</i> (min. 1)	✓	
7.	Permukaan lemari pendingin (lantai dasar lemari pendingin rata)	✓	

Tabel 4.10 Bahan-Bahan

4. BAHAN-BAHAN		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Vaksin DT dan Td	✓	
2.	<i>Autodysposable syringe</i> (ADS) 0,5 ml	✓	
3.	Tabung suntik (habis pakai) 2 cc/5 cc	✓	
4.	Kapas steril & air hangat	✓	
5.	<i>Anaphylactic Shock Kit</i>	✓	
6.	Sabun cuci tangan/antiseptic	✓	

Pada bagian input, terdapat 4 poin yang diamati yaitu fasilitas fisik (ruangan tempat LE penyimpanan vaksin), perlengkapan dalam ruangan, peralatan rantai vaksin, dan bahan-bahan. Pada poin fasilitas fisik terdapat 7 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi. Kemudian, pada poin perlengkapan dalam ruangan terdapat 6 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi. Pada

poin peralatan rantai vaksin terdapat 7 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi. Pada poin bahan-bahan terdapat 8 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi.

2. Proses

Pada proses, terdapat beberapa poin yang diamati, yaitu *cold chain*, vaksin dan logistik, pelayanan imunisasi, kemitraan, pengolahan PWS puskesmas, analisis dan tindak lanjut PWS, pemantauan program imunisasi, serta pencatatan dan pelaporan. Setiap poin terdiri dari beberapa item pertanyaan. Setiap item pertanyaan, ada dua pilihan jawaban, yaitu “Ya” atau “Tidak” yang nantinya akan diisi sesuai dengan hasil observasi dan wawancara untuk program BIAS DT dan Td. Berikut merupakan hasil penilaian untuk bagian proses.

Tabel 4.11 *Cold Chain*

5. COLD CHAIN		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Apakah suhu lemari es dicatat 2x sehari pada kartu suhu setiap hari? (Lihat kartu suhu). Kartu suhu diletakkan di atas/di dinding dekat lemari es yang bersangkutan. Kartu suhu harus disimpan minimal 3 tahun	✓	
2.	Apakah temperature di lemari es memenuhi syarat penyimpanan vaksin (2 s/d 8 derajat celcius) pada saat kunjungan?	✓	
	Suhu	5°C	
3.	Apakah tidak ada vaksin DT, TD, DPT-HB / Pentavalen dan HB yang beku/pernah beku?	✓	
4.	Apakah tidak dijumpai vaksin sisa yang terbuka (pelayanan dari komponen statis) di dalam lemari es melebihi waktu yang ditentukan	✓	
	Jika di puskesmas ada vaksin yang sudah terbuka, cek apakah tertulis tanggal?	✓	

5.	Apakah di dalam lemari es tidak ada vaksin yang disusun / disimpan tidak sesuai ketentuan (Seharusnya vaksin TD, DPT-HB dan HB jauh dari tempat es (evaporator), vaksin BCG, Campak, Polio dekat dengan evaporator)?	✓	
6.	Apakah tidak ditemukan vaksin dengan VVM dengan kriteria C dan/atau D?	✓	
7.	Apakah membuat <i>cool pack</i> di dalam <i>refrigerator</i> (bukan di <i>freezer</i>)?	✓	
8.	Apakah dalam lemari es ada termometer dan berfungsi baik?	✓	
9.	Apakah dalam lemari es ada <i>freezer tag</i> / <i>freeze watch</i> yang berfungsi baik?	✓	
10.	Apakah dalam lemari es tidak dijumpai bunga es dengan ketebalan > 0,5 cm?	✓	

Tabel 4.12 Vaksin dan Logistik

6. VAKSIN DAN LOGISTIK		AKTUAL													
		YA	TIDAK												
1.	Apakah tidak pernah terjadi kekosongan vaksin dalam 3 bulan terakhir (lihat buku stok vaksin)?		✓												
2.	Apakah jumlah pelarut sesuai vaksin peruntukannya (BCG dan Campak). Cek dengan buku monitoring stok pelarut	✓													
3.	Apakah tersedia ADS dan <i>safety box</i> dalam jumlah cukup? (Bandingkan jumlah persediaan dengan sasaran). Cek dengan buku monitoring stok pelarut	✓													
4.	Apakah pemakaian vaksin di bawah ini sudah efisien? Catat indeks pemakaian (IP) bandingkan antara hasil cakupan dengan jumlah vial yang digunakan. Ambil 1 bulan/3 bulan terakhir <table border="1" data-bbox="555 1496 927 1688"> <thead> <tr> <th>IP</th> <th>DT</th> <th>TD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Standar</td> <td>8-9</td> <td>8-9</td> </tr> <tr> <td>Cakupan</td> <td>705</td> <td>1.559</td> </tr> <tr> <td>Vaksin dipakai</td> <td>78</td> <td>173</td> </tr> </tbody> </table>	IP	DT	TD	Standar	8-9	8-9	Cakupan	705	1.559	Vaksin dipakai	78	173	✓	
IP	DT	TD													
Standar	8-9	8-9													
Cakupan	705	1.559													
Vaksin dipakai	78	173													
5.	Apakah tidak ada vaksin yang kadaluarsa	✓													
6.	Apakah permintaan vaksin ke kab/kota berdasarkan kebutuhan 1 bulan ditambah cadangan 1 minggu dikurang sisa vaksin bulan lalu (hitung stok minimal dan maksimal)	✓													

Tabel 4.13 Pelayanan Imunisasi

7. PELAYANAN IMUNISASI		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Apakah ada jadwal pelayanan imunisasi di Posyandu? (Buktikan dengan melihat dokumen)	✓	
2.	Apakah jadwal kunjungan Posyandu ditepati? (Lihat hasil cakupan salah satu Posyandu pada bulan ini)	✓	
3.	Apakah untuk pelayanan imunisasi, vaksin dibawa dan disimpan dengan menggunakan <i>cool pack</i> (kotak dingin cair)	✓	
4.	Apakah setelah menyuntik tidak melakukan penutupan Kembali jurusan suntik (<i>recapping</i>)	✓	
5.	Apakah alat suntik bekas pakai dimasukkan langsung ke dalam <i>safety box</i> ?	✓	
6.	Apakah ada penanganan limbah alat suntik yang aman? Buktikan dengan observasi dan sebutkan caranya	✓	setelah jarum suntik dipakai langsung dimasukkan ke dalam <i>safety box</i> tanpa ditutup kembali, kemudian <i>safety box</i> dan limbah medis lainnya ditampung di penampungan limbah medis sementara di Puskesmas Kebonsari.

Tabel 4.14 Kemitraan

8. KEMITRAAN		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Apakah pada setiap persalinan oleh nakes diberikan imunisasi HB-0 < 7 hari? Lihat catatan persalinan nakes, bandingkan dengan cakupan HB < 7 hari	✓	
	Jumlah persalinan oleh nakes		800
	Jumlah cakupan HB < 7 hari		800
2.	Apakah cakupan HB-0 < 7 hari sama dengan cakupan KN1. Lihat cakupan KN1, bandingkan dengan cakupan HB < 7 hari	✓	

Jumlah KN1 (Kunjungan neonatal 1)	770
Jumlah HB < 7 hari	770

Tabel 4.15 Pengolahan PWS di Puskesmas

9. PENGOLAHAN PWS DI PUSKESMAS			
Adakah grafik PWS per desa / per wilayah kerja bulan lalu di Puskesmas? Cakupan:		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	DT	✓	
2.	TD	✓	
3.	HPV	✓	
4.	BCG	✓	
5.	MR	✓	

Tabel 4.16 Analisis dan Tindak Lanjut PWS

10. ANALISIS & TINDAK LANJUT PWS		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Apakah Puskesmas membuat analisis PWS	✓	
2.	Apakah hasil analisis PWS dibahas dalam setiap pertemuan bulanan Puskesmas? Cek notulen	✓	
3.	Apakah ada tindak lanjut dari hasil pembahasan (Bandingkan hasil bulan lalu dengan bulan berikutnya atau lihat hasil <i>sweeping</i>)?	✓	
4.	Apakah Puskesmas menyampaikan Umbal Hasil Analisa PWS kepada LS, LP, Ormas, dll (PKK, Fatayat, Muslimat, Camat, Kades, dll) Bukti dokumen tertulisnya	✓	
5.	Apakah Kepala Puskesmas dalam 3 bulan terakhir menyampaikan rangkuman PWS, dan bersama Lurah/Camat membahas tindak lanjutnya dalam rapat koordinasi Kelurahan/Kecamatan (Lihat Undangan/Notulen)	✓	

Tabel 4.17 Pemantauan Program Imunisasi

11. PEMANTAUAN PROGRAM IMUNISASI		AKTUAL	
		YA	TIDAK
1.	Apakah dilakukan pemantauan UCI desa? Bila ya, catat hasilnya: Jumlah desa keseluruhan: 4 Jumlah desa UCI: 4 Jumlah desa yang tidak UCI: 0 Nama desa yang tidak UCI: 0	✓	
2.	Apakah setiap kasus KIPI dilaporkan, dalam 1 tahun terakhir, termasuk bulan tidak ada kasus dilaporkan nihil (<i>sero report</i>)? Lihat arsip laporan	✓	

Tabel 4.18 Pencatatan dan Pelaporan

12. PENCATATAN DAN PELAPORAN			AKTUAL												
			YA	TIDAK											
1.	Apakah pelaporan imunisasi dicatat di kohort? Kohort bayi, kohort balita, kohort bumil		✓												
2.	Apakah buku registrasi imunisasi diisi dengan benar (<i>valid dose</i>)? Cek secara random di buku kohort bayi dan kohort anak balita?		✓												
3.	Apakah jumlah vaksin dalam lemari es sama dengan yang tercatat pada buku stok vaksin? Untuk menentukan Ya/Tidak, cek dua jenis vaksin yang dipilih secara acak dengan menggunakan:		✓												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Vaksin</th> <th colspan="2">Jumlah Vaksin</th> </tr> <tr> <th>Di lemari es</th> <th>Tercatat di buku stok vaksin</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DT</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>TD</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>				Vaksin	Jumlah Vaksin		Di lemari es	Tercatat di buku stok vaksin	DT	0	0	TD	1	1
Vaksin	Jumlah Vaksin														
	Di lemari es	Tercatat di buku stok vaksin													
DT	0	0													
TD	1	1													
4.	Apakah ada laporan bulanan bayi dan ibu yang diimunisasi dan dilaporkan tepat waktu? Lihat dokumen pengiriman lap pusk ke kab.		✓												

Pada bagian proses, terdapat 8 poin yang diamati yaitu *cold chain*, vaksin dan logistik, pelayanan imunisasi, kemitraan,

pengolahan PWS puskesmas, analisis dan tindak lanjut PWS, pemantauan program imunisasi, serta pencatatan dan pelaporan. Pada poin *cold chain* terdapat 10 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi. Kemudian, pada poin vaksin dan logistik terdapat 6 komponen yang diamati, dari 6 komponen yang diamati terdapat 1 komponen yang dinilai tidak terpenuhi yaitu pernah terjadi kekosongan vaksin dalam 3 bulan terakhir. Pada poin pelayanan imunisasi terdapat 6 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi. Pada poin kemitraan terdapat 2 komponen yang diamati, dari 2 komponen yang diamati, seluruh komponen sudah terpenuhi. Pada poin pengolahan PWS puskesmas sudah terpenuhi, seluruh jenis imunisasi yang diamati telah dibuatkan grafik PWS per desa. Pada poin analisis dan tindak lanjut PWS terdapat 5 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi. Pada poin pemantauan program imunisasi terdapat 2 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi. Pada poin pencatatan dan pelaporan terdapat 4 komponen yang diamati, berdasarkan pengamatan seluruh komponen telah terpenuhi.

Berdasarkan analisis dari formulir Supervisi Suportif (SS) dan diskusi dengan penanggungjawab program imunisasi di Puskesmas Kebonsari, didapatkan identifikasi masalah sebagai berikut.

1. Pernah terjadi kekosongan stok vaksin DPT di Puskesmas Kebonsari dalam 3 bulan terakhir
2. Pencatatan dan pelaporan program BIAS di Puskesmas Kebonsari belum bisa dilakukan secara *real-time*
3. SDM untuk melaksanakan program BIAS masih terbatas

4.3.2 Penentuan Prioritas Masalah

Setelah melakukan identifikasi masalah, selanjutnya perlu dilakukan penentuan prioritas masalah. Penentuan prioritas masalah ini dilakukan dengan menggunakan metode USG. Penentuan prioritas masalah ini

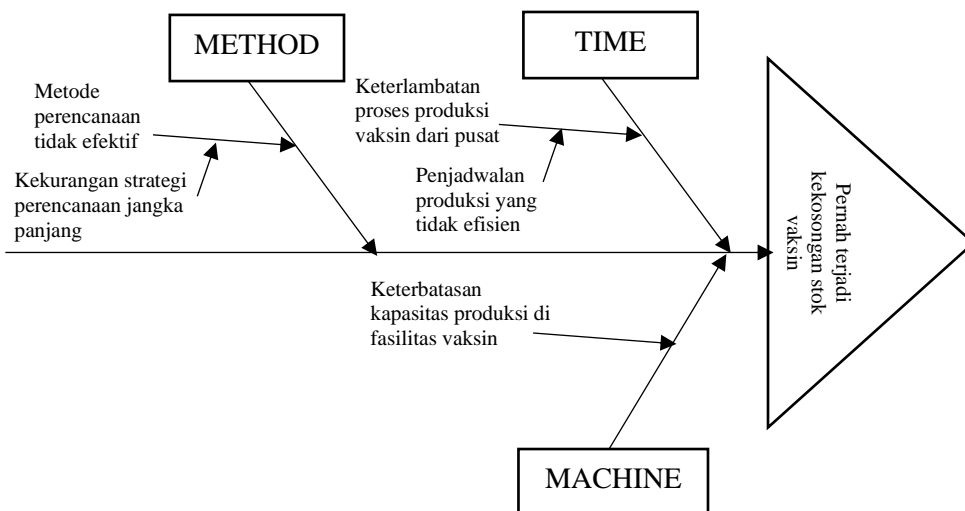
dilakukan oleh mahasiswa serta penanggungjawab program imunisasi di Puskesmas Kebonsari.

Tabel 4.19 Prioritas Masalah Metode USG

Masalah	U	S	G	Total	Rank
Pernah terjadi kekosongan stok vaksin DPT di Puskesmas Kebonsari dalam 3 bulan terakhir.	4	4	4	64	1
Pencatatan dan pelaporan program BIAS di Puskesmas Kebonsari belum bisa dilakukan secara <i>real-time</i>	2	2	1	4	3
SDM untuk melaksanakan program BIAS masih terbatas	3	2	2	12	2

4.3.3 Akar Penyebab Masalah

Setelah ditemukan prioritas masalah, yakni terkait pernah terjadi kekosongan stok vaksin DPT di Puskesmas Kebonsari dalam 3 bulan terakhir, selanjutnya akan dilakukan analisis penyebab masalah dengan menggunakan diagram *fishbone*.



Gambar 4.8 Diagram *Fishbone*

Dari diagram *fishbone* tersebut, dapat terlihat bahwa yang menjadi akar penyebab masalah, yakni

1. *Time* (Waktu)

Pada bagian *time*, yang menyebabkan terjadinya kekosongan vaksin adalah keterlambatan proses produksi vaksin dari pusat. Hal ini kemungkinan dapat terjadi akibat dari penjadwalan produksi yang tidak efisien sehingga pada akhirnya kekosongan stok vaksin DPT cukup sering terjadi.

2. *Method* (Metode)

Pada bagian *method*, yang menyebabkan terjadinya kekosongan vaksin adalah metode perencanaan yang tidak efektif. Hal ini kemungkinan dapat terjadi akibat dari kurangnya strategi perencanaan jangka panjang terkait penyediaan vaksin DPT.

3. *Machine* (Mesin)

Pada bagian *machine*, yang menyebabkan terjadinya kekosongan vaksin adalah keterbatasan kapasitas produksi di fasilitas vaksin. Hal ini akhirnya berdampak pada terbatasnya stok vaksin DPT.

4.3.4 Alternatif Solusi

Dari permasalahan tersebut, ditemukan alternatif solusi antara lain

1. Meningkatkan Efisiensi dan Kapasitas Produksi Vaksin

Peningkatan efisiensi dan kapasitas produksi vaksin, khususnya vaksin DPT ini dapat dilakukan melalui inovasi teknologi, peningkatan infrastruktur, dan sebagainya. Peningkatan ini dapat dilakukan dengan melibatkan kerja sama positif dengan produsen vaksin.

2. Peninjauan Kembali Perkiraan Permintaan Vaksin

Peninjauan kembali perkiraan permintaan vaksin ini dilakukan dengan tujuan untuk memastikan perencanaan stok yang lebih akurat. Hal ini dapat dilakukan dengan cara analisis tren epidemiologi serta kolaborasi dengan berbagai lembaga di sektor kesehatan. Dengan perencanaan stok yang tepat, risiko kelebihan ataupun kekurangan vaksin akhirnya dapat diminimalisasi.

3. Mengimplementasikan Kebijakan yang Mendukung Ketersediaan Stok Vaksin

Pengimplementasian kebijakan yang mendukung ketersediaan stok vaksin DPT yang memadai ini dilakukan oleh pemerintah pusat untuk mencegah kekosongan stok vaksin karena ada kemungkinan terjadi wabah. Seperti hasil dari wawancara dengan penanggungjawab program imunisasi Puskesmas Kebonsari dan hasil dari studi literatur, kekosongan stok vaksin DPT sudah pernah terjadi beberapa kali, bukan hanya di Surabaya saja. Kekosongan stok vaksin ini adalah akibat dari kekosongan stok vaksin di pusat sehingga perlu peran pemerintah pusat untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut.

4. Menyiapkan Rencana Cadangan yang Efektif

Menyiapkan rencana cadangan yang efektif ini dilakukan untuk mengatasi kekosongan stok dalam situasi yang darurat karena penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin DPT ini memiliki kemungkinan untuk terjadi wabah. Rencana cadangan ini dapat meliputi pengembangan rencana tanggap darurat, peningkatan komunikasi antarlembaga yang terkait, serta penyediaan sumber daya cadangan.

4.4 Kendala Pelaksanaan MBKM By Design FKM UNAIR

1. Kesulitan dalam manajemen waktu antara pengerjaan tugas dari instansi, tugas kuliah, proposal skripsi, dan tugas lainnya
2. Kurang jelasnya alur *timeline* MBKM
3. Adanya keterbatasan waktu saat pelaksanaan intervensi, terutama skrining TB
4. Kondisi riil di lapangan tidak sesuai dengan teori

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

MBKM by Design FKM UNAIR ini dilakukan di UNICEF yang bermitra dengan Puskesmas Kebonsari untuk melakukan program kegiatannya. Salah satu program kegiatan yang dilakukan adalah evaluasi program BIAS DT dan Td. Setelah melakukan identifikasi masalah, didapatkan beberapa masalah yang berkaitan dengan program BIAS DT dan Td, yaitu pernah terjadi kekosongan stok vaksin DPT, pencatatan dan pelaporan belum bisa *real time*, dan SDM BIAS masih terbatas. Kemudian setelah dilakukan analisis prioritas masalah dengan metode USG, didapatkan prioritas masalah, yaitu kekosongan stok vaksin DPT. Lalu, dilakukan pengidentifikasian akar penyebab masalah dengan menggunakan diagram *fishbone* yang terdiri dari penjadwalan produksi yang tidak efisien (*time*), kurangnya strategi perencanaan jangka panjang (*method*), dan keterbatasan kapasitas produksi vaksin (*machine*). Alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah meningkatkan efisiensi dan kapasitas produksi vaksin, peninjauan kembali peramalan permintaan vaksin, mengimplementasikan kebijakan yang mendukung ketersediaan stok vaksin, dan menyiapkan rencana cadangan yang efektif.

5.2 Saran

Dari pembahasan mengenai evaluasi program BIAS DT dan Td di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari menggunakan instrumen SS, didapatkan saran sebagai berikut.

1. Meningkatkan efisiensi dan kapasitas produksi vaksin DPT
2. Peninjauan kembali perkiraan permintaan vaksin untuk memastikan perencanaan stok yang lebih akurat
3. Mengimplementasikan kebijakan yang mendukung ketersediaan stok vaksin yang memadai
4. Menyiapkan rencana cadangan yang efektif untuk mengatasi kekosongan stok dalam situasi yang darurat

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2020. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2020*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2021. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2021*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2022. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2022*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Buku Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Difteri*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022. Tetanus [online]. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1760/tetanus. Diakses pada 31 Desember 2023.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. 2020. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi.
- Laksmi, N. K. S. 2014. Penatalaksanaan Tetanus. *Cermin Dunia Kedokteran*, 41(11), 823-827.
- Maryanti, Yossi. 2022. Laporan Kasus: Diagnosis dan Tata Laksana Tetanus Generalisata. *Jurnal Ilmu Kedokteran*, 16(2), 134-138.
- Putri, Sisy Rizkia. 2020. Pencegahan Tetanus. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 443-450.
- Puskesmas Kebonsari. 2023. *Profil UPTD Puskesmas Kebonsari Tahun 2023*. Surabaya: UPTD Puskesmas Kebonsari.

- Santoso, Rahmat. *et al.*, 2020. Penyimpanan & Distribusi Sediaan Vaksin di Dinas Kesehatan Kabupaten Garut. *Jurnal IKRA-ITH Humaniora*, 4(2), 66-72.
- Saunders, R., & Suarca, I. K. 2019. Diagnosis dan Tatalaksana Difteri. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(2), 98-101.


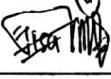
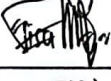

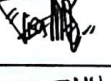

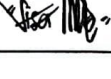

LAMPIRAN
















Lampiran I. Logbook MBKM By Design FKM UNAIR










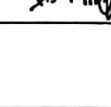


LOGBOOK MERDEKA BELAJAR KAMPUS MERDEKA (MBKM)













TAHUN 2023

Nama : Firda Chaerunnisa Nahariyani
 NIM : 102011133035
 Instansi / Mitra : UNICEF (Puskesmas Kebonsari)
 Pembimbing : Eny Qurniyawati S.ST., M.Kes., M. Epid

No.	Tanggal	Jenis Kegiatan	TTD Mahasiswa
1.	14 September 2023	Koordinasi dengan UNICEF	
2.	15 September 2023	Pembagian kelompok (cluster)	
3.	16 September 2023	Koordinasi kelompok untuk penentuan PKM sasaran	
4.	23 September 2023	ToT dengan UNICEF dan mitra UNICEF	
Minggu Ke-1			
1.	30 September 2023	ToT dengan UNICEF dan mitra UNICEF, serta diskusi kelompok	
2.	5 Oktober 2023	Penyusunan rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB)	
3.	6 Oktober 2023	Penyusunan rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB)	
4.	7 Oktober 2023	Penyusunan rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB)	
Minggu Ke-2			
1.	9 Oktober 2023	Diskusi kelompok, penyusunan rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB)	

2.	10 Oktober 2023	Perkenalan serta menyerahkan proposal kegiatan ke PKM Kebonsari	
3.	11 Oktober 2023	Presentasi rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB) dengan UNICEF	
4.	12 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
5.	13 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
Minggu Ke-3			
1.	16 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
2.	17 Oktober 2023	Kegiatan tambahan skrining anemia di SMP Negeri 55 Surabaya	
3.	18 Oktober 2023	1. Bimbingan dengan DPA terkait pelaksanaan MBKM 2. Diskusi dan persiapan kegiatan tambahan skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya	
4.	19 Oktober 2023	Kegiatan tambahan skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya	
5.	20 Oktober 2023	Input data hasil skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya	
6.	21 Oktober 2023	Input data dan menyerahkan hasil skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya ke pihak puskesmas	
Minggu Ke-4			
1.	23 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
2.	24 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
3.	25 Oktober 2023	Koordinasi dengan sekolah sasaran MI El-Rahmah	
4.	26 Oktober 2023	Koordinasi dengan sekolah sasaran MI Hasanuddin	
5.	27 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	

Minggu Ke-5			
1.	30 Oktober 2023	1. Koordinasi dengan sekolah sasaran MIN 2 Surabaya dan MI Darussalam 2. Konsultasi dengan pihak UNICEF terkait rancangan program	
2.	31 Oktober 2023	1. Persiapan intervensi program skrining TB 2. Pengerjaan proposal proyek skrining	
3.	1 November 2023	Intervensi program skrining TB di MI Hasanuddin	
4.	2 November 2023	1. Intervensi program skrining TB di MI El-Rahmah dan MI Darussalam 2. Supervisi DPA	
5.	3 November 2023	Refleksi dan monitoring dengan UNICEF I	
Minggu Ke-6			
1.	6 November 2023	Intervensi program skrining TB di MIN 2 Surabaya	
2.	7 November 2023	Observasi pelaksanaan BIAS di MIN 2 Surabaya, membantu pelaksanaan program BIAS di MIN 2 Surabaya	
3.	8 November 2023	Input data hasil skrining TB	
4.	9 November 2023	Input data hasil skrining TB	
5.	10 November 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
Minggu Ke-7			
1.	13 November 2023	Revisi proyek skrining	
2.	14 November 2023	Revisi proyek skrining	

3.	15 November 2023	Bimbingan terkait <i>project</i> magang dengan dosen pembimbing lapangan	
4.	16 November 2023	Diskusi dan persiapan untuk observasi pelaksanaan BIAS	
5.	17 November 2023	1. Observasi pelaksanaan BIAS di MI Hasanuddin, membantu pelaksanaan program BIAS di MI Hasanuddin 2. Bimbingan terkait <i>project</i> magang dengan DPA	
Minggu Ke-8			
1.	20 November 2023	Observasi pelaksanaan BIAS di MI Darussalam, membantu pelaksanaan program BIAS di MI Darussalam	
2.	21 November 2023	Diskusi kelompok dan persiapan untuk observasi pelaksanaan BIAS	
3.	22 November 2023	Diskusi kelompok dan persiapan untuk observasi pelaksanaan BIAS	
4.	23 November 2023	Diskusi dan persiapan untuk observasi pelaksanaan BIAS	
5.	24 November 2023	1. Observasi pelaksanaan BIAS di MI El-Rahmah, membantu pelaksanaan program BIAS di MI El-Rahmah 2. Diskusi terkait <i>project</i> magang dengan DPA	
6.	25 November 2023	Refleksi dan monitoring dengan UNICEF II	
Minggu Ke-9			
1.	27 November 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
2.	28 November 2023	1. Bimbingan terkait <i>project</i> magang dengan DPA 2. Penyusunan proyek mata kuliah	
3.	29 November 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	

4.	30 November 2023	1. Kunjungan ke kantor lapangan UNICEF di Bappeda Jawa Timur, Surabaya 2. Diskusi terkait <i>project</i> magang dengan DPA	
5.	1 Desember 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
Minggu Ke-10			
1.	4 Desember 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
2.	5 Desember 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
3.	6 Desember 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
4.	7 Desember 2023	Wawancara dengan pihak Puskesmas Kebonsari terkait data tambahan yang diperlukan dalam penyusunan proyek magang	
5.	8 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan laporan kelompok	
Minggu Ke-11			
1.	11 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan laporan kelompok	
2.	12 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan laporan kelompok	
3.	13 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan laporan kelompok	
4.	14 Desember 2023	Mengambil data tambahan dan menyerahkan media intervensi ke Puskesmas Kebonsari	
5.	15 Desember 2023	Melakukan seminar hasil magang kelompok bersama UNICEF dan puskesmas	
Minggu Ke-12			
1.	18 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	
2.	19 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	

3.	20 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	
4.	21 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	
5.	22 Desember 2023	Presentasi proyek magang mata kuliah pemetaan	
Minggu Ke-13			
1.	26 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	
2.	27 Desember 2023	Penyusunan laporan magang individu	
3.	28 Desember 2023	Presentasi proyek magang mata kuliah PD3I	
4.	29 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	
5.	30 Desember 2023	Wawancara dengan pihak Puskesmas Kebonsari untuk penyusunan laporan individu	
Minggu Ke-14			
1.	1 Januari 2023	Penyusunan laporan magang individu	
2.	2 Januari 2023	Melakukan seminar hasil magang individu bersama dengan Puskesmas Kebonsari	
3.	3 Januari 2023	Revisi laporan magang individu	
4.	4 Januari 2023	Revisi laporan magang individu	
5.	5 Januari 2023	Pengumpulan laporan magang individu ke DPA	

TTD Pembimbing Lapangan

TTD Pembimbing Akademik



(Muhammad Afrianto Kurniawan, S. T., M.Sc)


(Eny Qurniyawati, S.ST, M.Kes., M. Epid)
NIP. 198808222019032013

Lampiran II. Sertifikat MBKM By Design FKM UNAIR dari UNICEF



Sertifikat *Online Course* PSEA



Sertifikat *Online Course* BSAFE

Lampiran III. Sertifikat MBKM By Design FKM UNAIR



Sertifikat Kegiatan Magang

Lampiran IV. Dokumentasi Kegiatan

Analisis Situasi



Intervensi Skrining Anemia di SMP Negeri 55 Surabaya



Intervensi Skrining Anemia di SMP Negeri 36 Surabaya



Intervensi Skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya



Intervensi Skrining TB di MI Darussalam



Intervensi Skrining TB di MIN 2 Surabaya



Intervensi Skrining TB di MI El Rahmah



Intervensi Skrining TB di MI Hasanuddin



Observasi Program BIAS DT dan Td di MIN 2 Surabaya



Observasi Program BIAS DT dan Td di MI Darussalam



Observasi Program BIAS DT dan Td di MI Hasanuddin



Observasi Program BIAS DT dan Td di MI El Rahmah



Observasi Program BIAS DT dan Td



Supervisi dan Bimbingan



Berkantor di UNICEF



Lampiran V. Surat Pengantar MBKM


UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618
 Laman: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: info@fkm.unair.ac.id
NOTA DINAS

Nomor : 5499/UN3.FKM/EPK.01.06/2023

Yth. : Wakil Dekan I
 Dari : Kadep. Epidemiologi, Biostatistika Kependudukan dan Promosi Kesehatan
 Lampiran : satu lembar
 Hal : Ralat Permohonan Surat Pengantar MBKM

Sehubungan dengan adanya aturan bahwa Magang MBKM untuk satu instansi minimal 4 orang maka bersama ini kami kirimkan ulang nama mahasiswa Magang MBKM mahasiswa S1 Program Studi Kesehatan Masyarakat FKM UNAIR semester 7 Divisi Epidemiologi, Departemen Epidemiologi, Biostatistika Kependudukan dan Promosi Kesehatan yang bertempat di BBTCL Surabaya dan UNICEF. Berkenaan dengan hal tersebut diatas kami mohon diberikan ralat surat pengantar ke instansi terkait. Nama-nama tersebut adalah sebagaimana terlampir.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Surabaya, 12 Juli 2023

Ketua Departemen,

 Dr. Farjani Syahrul, SKM, M.Kes.
 NIP. 196902101994032002

NO	NAMA MAHASISWA	NIM	SKEMA MAGANG	TEMPAT MAGANG	TUJUAN SURAT	PEMBIMBING AKADEMIK
1	Shelly Amilia	102011133008	BY DESIGN FKMUA	UNICEF (PBB)		Dr. Arief Hargono, drp., M.Kes.
2	Siti Navia	102011133045	BY DESIGN FKMUA			
3	Wulan Dewanti Martamevia	102011133055	BY DESIGN FKMUA			
4	Aninda Fitri Rahmianasari	102011133034	BY DESIGN FKMUA			
5	Diela Ratna Nur Fitriya	102011133243	BY DESIGN FKMUA	UNICEF (PBB)		Dr. Farjani Syahrul, SKM, M.Kes.
6	Regita Wida Threnisa	102011133085	BY DESIGN FKMUA			
7	Nur Tsani Hasanah Al Mufti	102011133117	BY DESIGN FKMUA			
8	Novela Dwi Cahyani Putri	102011133152	BY DESIGN FKMUA			
9	A. A. Arjun Arge Wada	102011133214	BY DESIGN FKMUA			
10	Erina Krisnawati	102011133093	BY DESIGN FKMUA			
11	Abdullah Ghanyail	102011133218	BY DESIGN FKMUA	UNICEF (PBB)		Erni Astutik,SKM, M.Epid/ Siti Shofiya Novita Sari, SKM, M.Epid
12	Safa Rosyadah Hakim	102011133132	BY DESIGN FKMUA			
13	Fadel Thoriq Izza Nugrahedhi	102011133202	BY DESIGN FKMUA			
14	Angelinasyarqa Sutera Dewangga	102011133187	BY DESIGN FKMUA			
15	Firda Chaerunnisa Nahariyani	102011133035	BY DESIGN FKMUA	UNICEF (PBB)		Eny Qumiyawati, S.ST, M.Kes, M.Epid
16	Safira Trisna Syahbani	102011133050	BY DESIGN FKMUA			
17	Muhammad Al Himny Rusydy	102011133267	BY DESIGN FKMUA			
18	Wahyudi	102011133067	BY DESIGN FKMUA			
19	Qiara Hasna Azzahro	102011133126	BY DESIGN FKMUA	BBTKL Surabaya	Kepala BBTCL Surabaya	Dr. M. Atollah Isfandiari, dr., M.Kes.
20	Cindy Dwi Pramesti	102011133072	BY DESIGN FKMUA			
21	Ulfa Mudia Sari	102011133078	BY DESIGN FKMUA			
22	Fidya Almira Naila Yusuf	102011133080	BY DESIGN FKMUA			
23	Andini Tania Zethira	102011133232	BY DESIGN FKMUA			
24	Khansa Khairunnisa	102011133113	BY DESIGN FKMUA			