

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

**GAMBARAN SURVEILANS *ACUTE FLACCID PARALYSIS* (AFP)
BERDASARKAN INDIKATOR KINERJA SURVEILANS
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2015-2018**



**Oleh:
Rahmawati S.
101711123045**

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2019**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TANGGAL 5 AGUSTUS – 5 SEPTEMBER 2019**

DISUSUN OLEH:

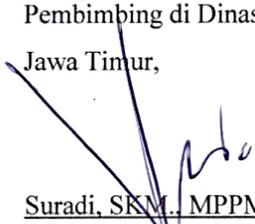
Rahmawati S.

101711123045

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

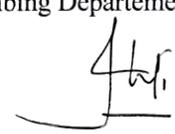
Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi
Jawa Timur,

Tanggal 5 September 2019


Suradi, SKM., MPPM
NIP. 196303111986031024

Pembimbing Departemen,

Tanggal 5 September 2019


Dr. Lucia Yovita Hendrati, SKM., M.Kes
NIP. 196810191995032001

Mengetahui,
Ketua Departemen Epidemiologi

Tanggal 5 September 2019


Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes
NIP. 1968110219998022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat terselesaikannya laporan magang yang berjudul “Gambaran Surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) Berdasarkan Indikator Kinerja Surveilans Di Provinsi Jawa Timur Tahun 2015-2018” sebagai salah satu prasyarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Laporan magang ini mendiskripsikan tentang pelaksanaan kegiatan Surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) Berdasarkan Indikator Kinerja Surveilans di Provinsi Jawa Timur Tahun 2015-2018. Terima kasih dan penghargaan Saya 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. dr. Kohar Hari Santoso, Sp. An. KIC. KAP., selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah memberikan izin untuk melakukan magang.
4. Gito Hartono, SKM., M.Kes., selaku Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang.
5. Dr. Lucia Yovita Hendrati, SKM., M.Kes., selaku dosen pembimbing akademik Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
6. Ani Suroiyah, SKM., selaku Pemegang Program Surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah banyak memberikan bimbingan dalam pelaksanaan magang dan penyusunan laporan magang.
7. Suradi, SKM., MPPM., selaku pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah membimbing selama pelaksanaan magang.
8. Seluruh staff Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang mendukung dalam pelaksanaan magang.
9. 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. Semoga laporan ini bermanfaat bagi semua pihak.

Surabaya, 23 September 2019

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	2
1.3 Manfaat.....	3
1.3.1 Bagi Mahasiswa.....	3
1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat.....	3
1.3.3 Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 <i>Acute Flaccid Paralysis</i>	4
2.2 Surveilans <i>Acute Flaccid Paralysis</i>	4
2.3 Tujuan Surveilans <i>Acute Flaccid Paralysis</i>	5
2.3.1 Tujuan Umum.....	5
2.3.2 Tujuan Khusus.....	5
2.4 Indikator Kinerja Surveilans AFP dan Laboratorium.....	5
2.5 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG.....	7
2.6 Analisis Penyebab Masalah dengan Pohon Masalah (<i>Problem Trees</i>).....	8
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	10
3.1 Lokasi Magang.....	10
3.2 Waktu Magang.....	10
3.3 Metode Pelaksanaan Kegiatan Magang.....	10
3.4 Teknik Pengumpulan Data.....	11
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	12
4.1 Gambaran Umum Institusi Magang dan Analisis.....	12
4.2 Kegiatan Surveilans <i>Acute Flaccid Paralysis</i>	17
4.3 Hasil dan Pembahasan Masalah.....	27
4.3.1 Identifikasi Masalah Kegiatan Surveilans AFP di Provinsi Jawa Timur Tahun 2015-2018.....	27
4.3.2 Proritas Masalah.....	39
4.3.3 Analisis Penyebab Masalah.....	40
4.3.4 Alternatif Solusi Masalah.....	42
4.4 Kegiatan Magang.....	43
BAB V PENUTUP.....	45
5.1 Simpulan.....	45
5.2 Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA.....	47

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Indikator Kinerja Surveilans AFP dan Laboratorium	5
Table 2.2 Contoh matriks pemecahan masalah dengan metode USG.....	7
Table 3.1 Kegiatan dan Waktu Pelaksanaan Magang	10
Table 4.1 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Peta Administratif Provinsi Jawa Timur	12
Gambar 4.2 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	15
Gambar 4.3 Diagram Alur Pelacakan Kasus AFP	22
Gambar 4.4 Diagram Alur Pelaporan Kasus AFP.....	26
Gambar 4.5 Penemuan Kasus AFP Dibandingkan dengan Target Minimum di	27
Gambar 4. 6 Grafik Tren Kasus AFP per Bulan di Jawa Timur Tahun	28
Gambar 4.7 Diagram Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Kabupaten/	29
Gambar 4.8 Diagram Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Kabupaten/	30
Gambar 4.9 Diagram Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Kabupaten/	31
Gambar 4.10 Diagram Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Kabupaten/	32
Gambar 4.11 Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Usia di Jawa Timur	33
Gambar 4.12 Diagram Total AFP Rate, NP AFP Rate, dan Persentase Spesimen	34
Gambar 4.13 Diagram Persentase Spesimen Adekuat dan KU 60 Hari di Jawa	35
Gambar 4.14 Diagram Proporsi Kinerja Surveilans AFP Berdasarkan Kabupten/.....	36
Gambar 4.15 Mapping Distribusi Kinerja Surveilans Berdasarkan Kabupaten/	37
Gambar 4.16 Grafik Kunjungan Ulang 60 Hari Setelah Kelumpuhan di Jawa	38
Gambar 4.17 Diagram Persentase Kelengkapan Laporan Mingguan Surveilans	38
Gambar 4.18 Diagram Pohon Masalah untuk Mengnalisis Faktor Penyebab Masalah	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	48
Lampiran 2	49
Lampiran 3	50
Lampiran 4	51
Lampiran 5	52
Lampiran 6	53
Lampiran 7	54
Lampiran 8	55
Lampiran 9	56
Lampiran 10	57
Lampiran 11	58
Lampiran 12	59
Lampiran 13	63
Lampiran 14	64
Lampiran 15	65
Lampiran 16	66
Lampiran 17	67
Lampiran 18	68
Lampiran 19	69
Lampiran 20	70
Lampiran 21	71

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang adalah kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan diluar lingkungan kampus khususnya di lembaga institusional untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik pada lembaga pemerintah, swasta, maupun lembaga swadaya masyarakat/ lembaga non pemerintah.

Kurikulum program magang bagi mahasiswa FKM diharapkan dapat memberi bekal mengenai pengalaman dan keterampilan kerja praktis serta penyesuaian sikap di dunia kerja sebelum mahasiswa berkecimpung di dunia kerja nyata. Sehingga para lulusan FKM memiliki kemampuan yang bersifat akademik dan profesional. Dalam praktik magang ini, penulis tertarik mengambil fokus pada program surveilans *Acute Flaccid Paralysis* sebagai bahan belajar utama, laporan, dan evaluasi.

Virus polio dapat menyebabkan poliomyelitis pada manusia, terutama menyerang anak-anak yang tidak memiliki kekebalan terhadap virus polio. Poliomyelitis merupakan penyakit menular yang ditandai dengan kelumpuhan akibat kerusakan motor neuron di kornu anterior sumsum tulang belakang. Disebabkan oleh tiga serotipe virus polio, yaitu serotipe 1 (Burnhilde), serotipe 2 (Lansing), dan serotipe 3 (Leon). Ketiga jenis virus ini ditularkan melalui fekal-oral atau oral-oral (Gunardi, 2017).

Poliomyelitis dapat dicegah dengan imunisasi yang melalui Expanded Program on Immunization (EPI) yang dimulai pada tahun 1988, kemudian menyebabkan terputusnya penularan virus polio. Jumlah kasus poliomyelitis akibat poliovirus liar berkurang hingga lebih dari 99% di lebih dari 125 negara secara global dan hanya tersisa 3 negara endemik, yaitu Afganistan, Nigeria, dan Pakistan. Virus polio liar tipe 2 belum ditemukan sejak 1999 secara global sedangkan kasus terakhir polio tipe 3 dilaporkan pada 2012 di Nigeria. Jika keadaan ini dipertahankan, maka pemberantasan polio secara global akan tercapai (Susanti, 2019).

Sejalan dengan upaya global untuk membasmi polio secara global, Indonesia melaksanakan program Eradikasi Polio (ERAPO) yang terdiri dari pemberian imunisasi polio secara rutin, pemberian imunisasi tambahan (PIN, SUB PIN, Mopping-UP) pada

anak balita, Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*), dan pengamanan virus polio di laboratorium (*Laboratory Containment*). Setelah dilakukan PIN tiga tahun berturut-turut pada tahun 1995, 1996, dan 1997, virus polio liar asli Indonesia tidak ditemukan lagi sejak tahun 1996 (KEMENKES RI, 2007). Pada tanggal 13 Maret 2005 di Indonesia kembali terjadi penularan virus polio yang berasal dari luar negeri yang diduga berasal dari Nigeria di Kecamatan Cidahu Kabupaten Sukabumi Jawa Barat. Kemudian menyebar ke Provinsi lain di pulau Jawa dan Sumatera (Kemenkes RI, 2017).

Tahun 2014 Indonesia bersama dengan negara-negara di Regional Asia Tenggara telah mendapatkan Sertifikat Bebas Polio dari *World Health Organization* (WHO). Meskipun telah dinyatakan bebas polio, risiko penyebaran polio di Indonesia tetap tinggi selama virus polio liar masih bersirkulasi di dunia dan faktor risiko untuk terjadinya penularan masih ada (Kemenkes RI, 2017). Sehingga untuk mencapai eradikasi polio secara global pada tahun 2020, diperlukan surveilans secara aktif dan sensitif dalam menemukan kasus *Acute Flaccid Paralysis*. Pengamatan dilakukan pada semua kelumpuhan yang terjadi secara akut dan sifatnya *Flaccid* (layu), seperti sifat kelumpuhan pada poliomyelitis (Susanti, 2019).

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

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 bekerja sama dengan orang lain dalam satu tim sehingga diperoleh manfaat bersama baik bagi peserta magang maupun instansi tempat magang.

1.2.2 Tujuan khusus

- a. Mempelajari struktur organisasi dan prosedur kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- b. Mempelajari Kegiatan Surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2015 - 2018
- c. Menganalisis Kinerja surveilans AFP di Jawa Timur berdasarkan indikator kinerja surveilans AFP tahun 2015 2018

- d. Mengidentifikasi masalah terkait pelaksanaan surveilans AFP di Jawa Timur dan Menentukan prioritas masalah
- e. Mengidentifikasi penyebab masalah yang menjadi prioritas terkait pelaksanaan surveilans AFP di Jawa Timur
- f. Menentukan alternatif solusi berdasarkan hasil identifikasi penyebab masalah terkait pelaksanaan surveilans AFP di Jawa Timur

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk mengetahui tata laksana dan pelaporan terkait Penanggulangan dan Pencegahan Penyakit di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

- a. Menjalin hubungan kerjasama yang saling menguntungkan antara pihak Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
- b. Memberikan umpan balik bagi pelaksanaan kegiatan magang selanjutnya.

1.3.3 Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

- a. Laporan yang diberikan kepada Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur diharapkan dapat menjadi masukan dalam pembuatan kebijakan dan program.
- b. Menciptakan kerjasama yang saling menguntungkan dan bermanfaat antara Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Acute Flaccid Paralysis*

Acute Flaccid Paralysis adalah kelemahan pada satu atau lebih anggota badan atau otot pernafasan yang disebabkan oleh kerusakan neuron motorik bawah. Pada *Acute Flaccid Paralysis* terdapat kelemahan dengan penurunan tonus dan refleks yang berkurang atau tidak ada, dimana keparahannya akan terjadi dalam beberapa hari hingga minggu. Kelemahan mungkin terjadi secara simetris atau asimetris. *Acute Flaccid Paralysis* bisa disebabkan oleh infeksi atau bukan (Verma & Kunju, 2019).

Kelumpuhan yang terjadi secara akut pada AFP adalah perkembangan kelumpuhan yang berlangsung secara cepat (*rapid progressive*) antara 1 – 14 hari sejak terjadinya gejala awal (rasa nyeri, kesemutan, rasa tebal/kebas) sampai kelumpuhan maksimal. Sementara kelumpuhan “*Flaccid*” yaitu kelumpuhan yang bersifat lunglai, lemas atau layu bukan kaku, atau terjadinya penurunan tonus (Kemenkes RI, 2007). Penyebab umum terjadinya AFP adalah Poliomiелitis, *Guillain-Barre syndrom*, *transverse myelitis*, dan *traumatic neuritis* (Kabra & Srivastava, 2011).

2.2 *Surveilans Acute Flaccid Paralysis*

Surveilans AFP adalah pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus kelumpuhan yang sifatnya layuh (*flaccid*) seperti kelumpuhan pada poliomiелitis dan terjadi pada anak berusia <15 tahun, dalam upaya untuk menemukan adanya transmisi virus polio liar, ini bertujuan untuk membuktikan apakah kelumpuhan disebabkan oleh polio atau bukan. Dengan cara dilakukan pemeriksaan tinja penderita dilaboratorium polio nasional yang telah ditentukan. Tetapi jika spesimen tinja penderita tidak bisa diambil atau tidak memenuhi syarat (tidak adekuat), maka perlu dilakukan pemeriksaan klinis apakah masih tersisa kelumpuhan setelah 60 hari kelumpuhan. Oleh karena itu, bagi penderita dengan spesimen tidak adekuat tersebut dilakukan pemeriksaan residual paralisis setelah 60 hari kelumpuhan, bukan 60 hari sejak ditemukan (Kemenkes RI, 2007).

2.3 Tujuan Surveilans *Acute Flaccid Paralysis*

2.3.1 Tujuan Umum

- a. Mengidentifikasi daerah risiko tinggi untuk mendapatkan informasi tentang adanya transmisi VPL, VDPV, dan daerah dengan kinerja surveilans AFP yang tidak memenuhi standar/indikator.
- b. Memantau kemajuan program eradikasi polio. Surveilans AFP memberikan informasi dan rekomendasi kepada para pengambil keputusan dalam rangka keberhasilan program ERAPO
- c. Membuktikan Indonesia bebas polio. Untuk menyatakan bahwa Indonesia bebas polio, harus dapat dibuktikan bahwa:
 - a) Tidak ada lagi penyebaran virus-polio liar maupun *Vaccine Derived Polio Virus* (VDPV) di Indonesia
 - b) Sistem surveilans terhadap polio mampu mendeteksi setiap kasus polio paralitik yang mungkin terjadi

2.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menemukan semua kasus AFP yang ada di suatu wilayah
- b. Melacak semua kasus AFP yang ditemukan di suatu wilayah
- c. Mengumpulkan dua spesimen semua kasus AFP sesegera mungkin setelah kelumpuhan
- d. Memeriksa spesiemen tinja semua kasus AFP yang ditemukan di Laboratorium Polio Nasional
- e. Memeriksa spesiemn kontak terhadap *Hot Case* untuk mengetahui adanya sirkulasi VPL

2.4 Indikator Kinerja Surveilans AFP dan Laboratorium

Table 2.1 Indikator Kinerja Surveilans AFP dan Laboratorium

No.	Indikator Kinerja Surveilans AFP dan Laboratorium	Target
1.	AFP rate pada penduduk berusia <15 tahun	$\geq 2/100.000$
	$\text{AFP rate} = \frac{\text{jumlah kasus AFP yang dilaporkan}}{\text{jumlah penduduk usia} < 15 \text{ tahun}} \times 100.000$	
2.	Non polio AFP rate pada penduduk berusia <15 tahun	$\geq 2/100.000$
	$\text{NP AFP rate} = \frac{\text{jumlah kasus AFP non polio yang dilaporkan}}{\text{jumlah penduduk usia} < 15 \text{ tahun}} \times 100.000$	
3.	Kelengkapan laporan	$\geq 90\%$

	$\% = \frac{\text{jumlah laporan mingguan yang diterima (kumulatif)}}{\text{jumlah laporan mingguan seharusnya diterima (kumulatif)}} \times 100$ <p>* Kelengkapan laporan masing-masing terdiri dari laporan mingguan puskesmas (PWS-KLB/W2) dan laporan mingguan RS (FPPD)</p>	
4.	<p>Ketepatan waktu laporan</p> $\% = \frac{\text{jumlah laporan mingguan diterima tepat waktu (kumulatif)}}{\text{jumlah laporan mingguan seharusnya diterima (kumulatif)}} \times 100$ <p>* Laporan mingguan puskesmas (PWS-KLB/W2)</p>	$\geq 80\%$
5.	<p>Spesimen adekuat</p> $\% = \frac{\text{jumlah kasus AFP dilacak dengan spesimen adekuat}}{\text{jumlah kasus AFP dilacak}} \times 100$	$\geq 80\%$
6.	<p>Kunjungan ulang 60 hari sejak kelumpuhan terhadap kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat atau virus polio vaksin positif</p> $\% = \frac{\text{jumlah kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat + virus polio vaksin yang dikunjungi 60 hari setelah kelumpuhan}}{\text{jumlah kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat + virus polio vaksin positif}} \times 100$	$\geq 80\%$
7.	<p>Spesimen yang dikirim ke laboratorium dan tiba di laboratorium ≤ 3 hari sejak pengiriman</p> $\% = \frac{\text{jumlah spesimen dikirim yang diterima laboratorium } \leq 3 \text{ hari sejak pengiriman spesimen}}{\text{jumlah spesimen yang dikirim ke laboratorium}} \times 100$	$\geq 80\%$
8.	<p>Spesimen yang dikirim ke laboratorium dan tiba di laboratorium dalam kondisi memenuhi syarat</p> $\% = \frac{\text{jumlah spesimen diterima laboratorium dalam kondisi memenuhi syarat}}{\text{jumlah spesimen yang dikirim}} \times 100$	$\geq 80\%$
9.	<p>Hasil pemeriksaan spesimen diterima dari laboratorium dalam waktu ≤ 28 hari</p> $\% = \frac{\text{jumlah hasil pemeriksaan spesimen yang diterima di laboratorium dalam waktu } \leq 28 \text{ hari}}{\text{jumlah spesimen yang diterima}} \times 100$	$\geq 80\%$
10.	<p>Spesimen yang diterima laboratorium dimana <i>non polio entero virus</i> (NPEV) dapat diisolasi</p> $\% = \frac{\text{jumlah spesimen diterima laboratorium dimana NPEV dapat diisolasi}}{\text{jumlah spesimen yang diterima laboratorium}} \times 100$	$\geq 10\%$

2.5 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG

Berdasarkan Permenkes Nomor 44 Tahun 2016 Metode USG (*Urgency*, *Seriousness*, dan *Growth*) adalah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Caranya dengan menentukan tingkat urgensi, kesetiaan, dan perkembangan masalah dengan menentukan skala nilai 1 – 5 atau 1 – 10. Kemudian isu yang memiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas yang harus diselesaikan. Data atau informasi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan metode USG meliputi hasil analisis situasi, informasi tentang sumber daya yang dimiliki, dan dokumen tentang perundang-undangan, peraturan, serta kebijakan pemerintah yang berlaku.

2.5.1 Urgency

Seberapa Mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia dan seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tersebut. *Urgency* dilihat dari tersedianya waktu, mendesak atau tidak masalah tersebut diselesaikan.

2.5.2 Seriousness

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

2.5.3 Growth

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

Table 2.2 Contoh matriks pemecahan masalah dengan metode USG

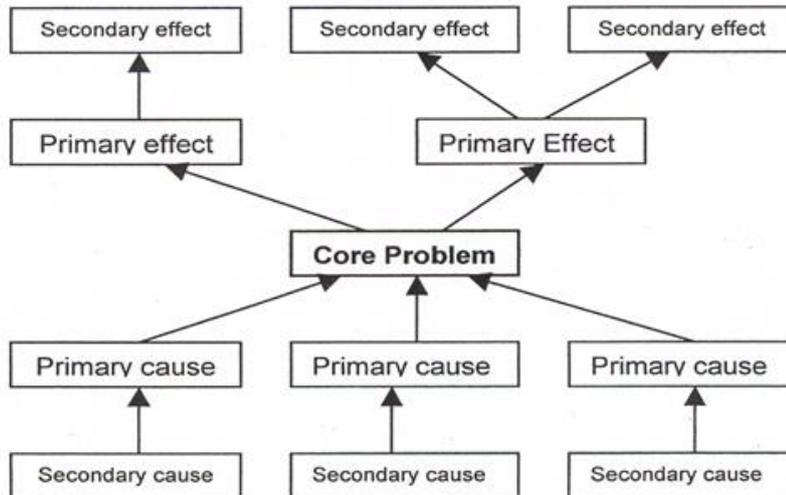
NO	Masalah	<i>Urgency</i>	<i>Seriousness</i>	<i>Growth</i>	Total
1.	Masalah A	5	3	3	11
2.	Masalah B	4	4	4	12
3.	Masalah C	3	5	5	13

Berdasarkan skala likert 1 – 5 dengan nilai 5 = sangat besar, 4 = besar, 3 = sedang, 2 = kecil, dan 1 = sangat kecil. Maka isu utama yang menjadi prioritas masalah pada contoh diatas adalah isu C dengan total nilai 13 dan paling tinggi dari yang lainnya.

2.6 Analisis Penyebab Masalah dengan Pohon Masalah (*Problem Trees*)

Analisis pohon masalah membantu untuk meneukan solusi dengan memetakan anatomi sebab dan akibat. Dengan metode ini, masalah dapat dipecahkan menjadi potongan yang dapat dikelola dan didefinisikan. Hal ini dapat memberikan pemahaman yang lebih baik tentang masalah dan penyebab yang seringkali saling berhubungan dan bahkan saling bertentangan. Analisis pohon masalah seringkali digunakan sebagai langkah pertama dalam menemukan *Win-win solution* (USAID, 2014). Analisis masalah dengan metode pohon masalah paling baik digunakan dalam kelompok kecil, sekitar enam sampai dengan delapan orang dengan menggunakan kertas *lip chart*. Hal penting yang harus diingat bahwa faktor dapat ditambah saat percakapan berlangsung. Langkah- langkah penyusunan pohon masalah meliputi :

- a. Tuliskan “masalah” pada kotak di puncak pohon masalah
- b. Buat garis panah vertikal menuju kotak tersebut
- c. Tetapkan kategori utama dari penyebab dan tuliskan pada kotak dibawahnya dengan arah panah menuju ke kotak masalah
- d. Lakukan curah pendapat dan fokuskan pada masing – masing kategori
- e. Setelah dianggap cukup, dengan cara yang sama lakukan untuk kategori utama yang lain
- f. Untuk masing – masing kemungkinan penyebab, coba membuat daftar sub penyebab dan letakkan pada kotak yang ada dibawahnya
- g. Setelah semua pendapat tercatat, lakukan klarifikasi data untuk menghilangkan duplikasi, tidak sesuai dengan masalah, dan lain – lain



Sumber : worldanimal.net

Figure 2.1 Diagram Pohon Masalah

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Magang

Kegiatan magang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Seksi Surveilans dan Imunisasi, Jalan Frontage Ahmad Yani Siwalankerto No.11 Kota Surabaya.

3.2 Waktu Magang

Pelaksanaan kegiatan magang dilakukan selama 4 minggu, dimulai pada tanggal 5 Agustus sampai dengan tanggal 5 September 2019. Jadwal magang dilaksanakan sesuai dengan hari kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur lima hari kerja mulai dari hari Senin sampai hari Jum'at. Mulai dari pukul 07.00 sampai dengan 16.00 WIB di hari Senin sampai Kamis dan pukul 07.00 sampai 15.30 WIB di hari Jum'at.

Table 3.1 Kegiatan dan Waktu Pelaksanaan Magang

No.	Kegiatan	Waktu				
		Agustus				September
		II	III	IV	V	I
1.	Pelaksanaan Magang					
2.	Supervisi Magang					
3.	Penyusunan Laporan Magang					
4.	Seminar Magang					

3.3 Metode Pelaksanaan Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan dengan menggunakan beberapa model, yaitu:

3.3.1 Diskusi

Model diskusi dilakukan dengan tujuan untuk memperoleh gambaran dan informasi secara jelas tentang masalah dan program yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya Seksi Surveilans dan Imunisasi. Model diskusi dilakukan dengan berkomunikasi dan diskusi mendalam kepada orang yang

memiliki kapasitas sesuai dengan bidangnya, yang dilakukan setiap harinya selama waktu operasional magang.

3.3.2 Partisipasi Aktif

Peserta atau mahasiswa magang mempelajari data sekunder yang ada di seksi Surveilans dan Imunisasi berupa kegiatan praktek dengan melakukan penginputan data, pengolahan data dan analisis data yang berhubungan dengan pelaporan Surveilans dan Imunisasi.

3.3.3 Studi Literatur

Studi literatur dilakukan untuk memperoleh teori yang berkaitan dengan permasalahan yang akan diangkat dan mencoba untuk mencocokkan dengan teori yang ada, apakah sesuai atau tidak dengan kejadian yang terjadi di lapangan maupun di tempat magang.

3.3.4 Observasi

Peserta atau mahasiswa magang melakukan observasi (pengamatan) secara langsung di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada bidang yang sesuai dengan topik atau materi yang akan diangkat secara keseluruhan.

3.3.5 Wawancara

Melakukan wawancara dengan pihak dan bidang yang bersangkutan secara langsung maupun tidak langsung sesuai dengan topik atau materi yang akan diangkat.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi dan mencatat maupun mempelajari dokumen laporan dinas kesehatan provinsi jawa timur yang ada di Seksi Surveilans dan imunisasi khususnya pada Program Surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP). Observasi yang lakukan berupa pengamatan secara sistematis terhadap obyek yang diteliti yaitu semua komponen rekapitulasi hasil surveilans AFP dri semua kabupaten di jawa timur dari tahun 2015 sampai tahun 2018.

Diskusi dengan wawancara dilakukan dengan dikusi mendalam kepada pemegang program Surveilans AFP. Fungsinya agar informasi dan data yang diperoleh valid. Namun sebelum dilakukan wawancara, penennliti menjelaskan tentang pendahuluan maupun gambaran dari latar belakang mengenai topik penelitian yang dilakukan.

BAB IV

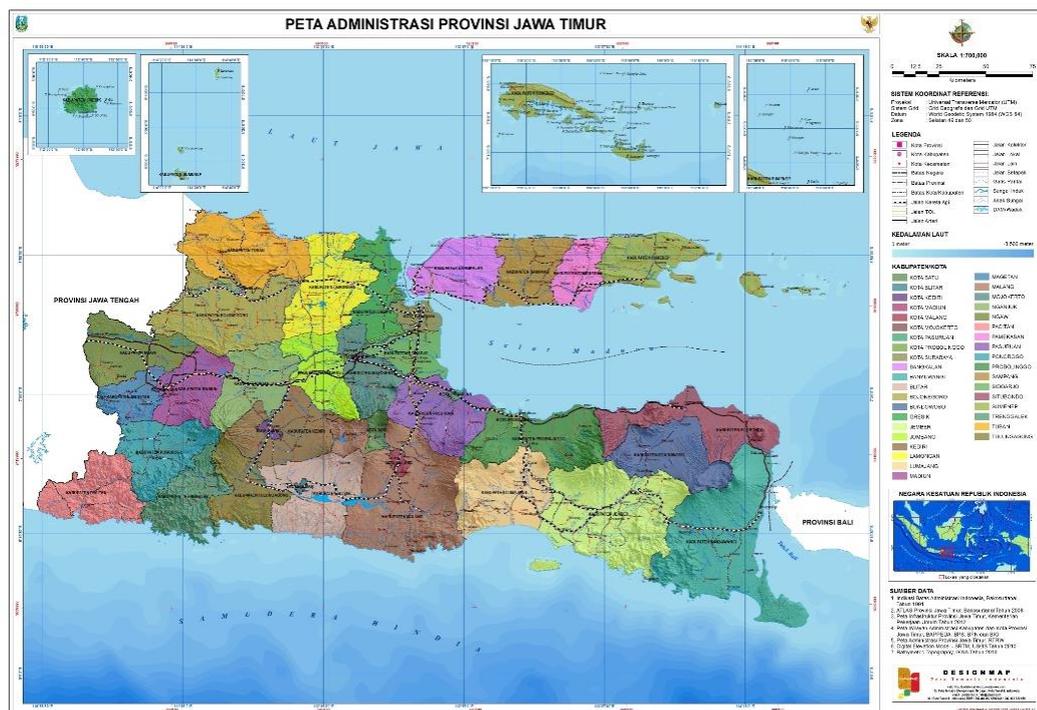
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Institusi Magang dan Analisis

4.2.1 Keadaan Geografis

Provinsi Jawa Timur terletak di bagian timur Pulau Jawa yang memiliki luas wilayah daratan 47.959 km². Jawa timur berada pada 111°0' hingga 114°4' Bujur timur (BT) dan 7°12' hingga 8°48' Lintang Selatan (LS) dengan batas wilayah sebagai berikut:

- Sebelah utara : Laut Jawa
- Sebelah selatan : Samudra Hindia
- Sebelah barat : Selat Bali
- Sebelah timur : Provinsi Jawa Tengah



Gambar 4.1 Peta Administratif Provinsi Jawa Timur

Provinsi Jawa Timur memiliki 229 pulau, yang terdiri dari 162 pulau bernama dan 67 pulau tidak bernama, dengan panjang pantai 2.833,85 km. Pulau Madura merupakan pulau terbesar, di sebelah timur pulau Madura terdapat gugusan pulau-

pulau, paling timur adalah Kepulauan Kangean dan yang paling utara adalah Kepulauan Masalembu. Di bagian selatan Provinsi Jawa Timur terdapat dua pulau kecil, yaitu Nusa Barung dan Pulau Sempu. Sedangkan di bagian utara terdapat Pulau Bawean yang terletak 150 km sebelah utara Pulau Jawa. Secara administratif, Provinsi Jawa Timur terdiri dari 29 Kabupaten, 9 Kota, 664 Kecamatan dan 8.501 Desa/Kelurahan.

4.2.2 Gambaran Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu unsur yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur yang dipimpin oleh Kepala dinas Kesehatan Provinsi yang bertanggung jawab kepada Gubernur Jawa Timur.

Menurut Peraturan Gubernur Nomor 79 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Sekretariat, Bidang, Sub Bagian dan Seksi, Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan dan menyelenggarakan fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintah dan pelayanan umum di bidang kesehatan
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Gubernur

4.2.3 Visi dan Misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

- a. Visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

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

b. Misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan Visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, maka misi pembangunan kesehatan di Jawa Timur adalah sebagai berikut:

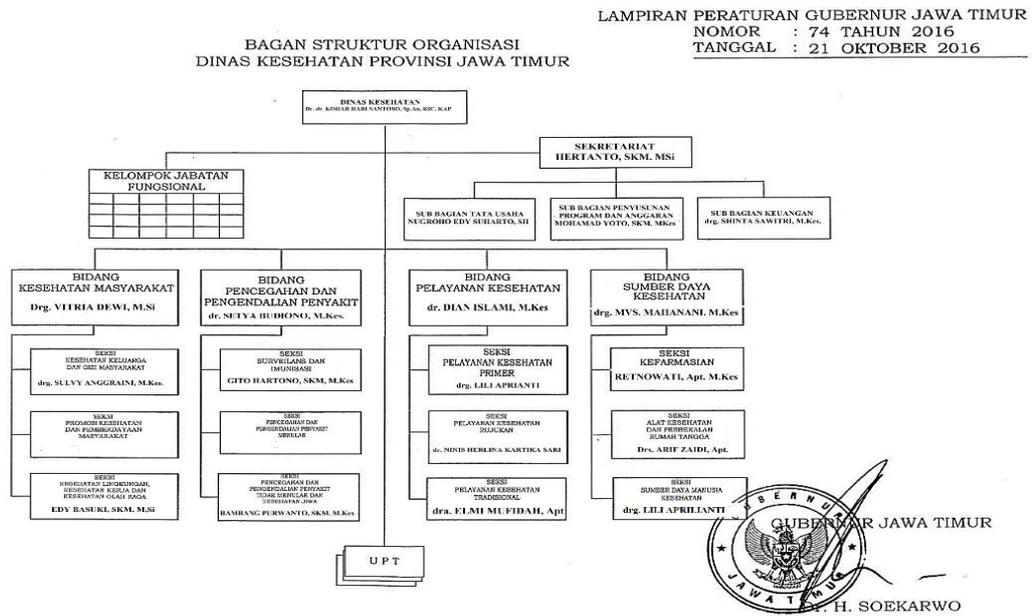
1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan
2. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
3. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau
4. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan
5. Meningkatkan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

4.2.4 Tujuan

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan visi misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, maka ditetapkan tujuan sebagai berikut:

- a. Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan
- b. Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)
- c. Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan Jaringannya
- d. Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat
- e. Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan pembekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan
- f. Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan
- g. Mencegah, menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya
- h. Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar

4.2.5 Struktur Organisasi



Gambar 4.2 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.2.6 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2) berdasarkan Pergub No.74 Tahun 2016 bertugas 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. Untuk melaksanakan tugas sebagaimana mestinya, bidang P2 mempunyai fungsi yaitu:

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

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

4.2.7 Seksi Surveilans dan Imunisasi

Berdasarkan Pergub No.74 Tahun 2016, seksi Surveilans dan Imunisasi mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. Menyiapkan bahan penyusunan perencanaan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
- b. Menyiapkan bahan rumusan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
- c. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
- d. Menyiapkan bahan rumusan pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
- e. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan sosialisasi kebijakan, pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
- f. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
- g. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas sektor tentang program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
- h. Menyiapkan bahan pelaksanaan pemantauan, evaluasi dan pelaporan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.

- i. Menyiapkan bahan pelaksanaan bimbingan dan pengendalian faktor risiko, pendayagunaan sumber daya dan fasilitas pelayanan kesehatan haji.
- j. Melaksanakan tugas – tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

4.2 Kegiatan Surveilans *Acute Flaccid Paralysis*

4.2.1 Penemuan Kasus

Surveilans AFP harus menemukan semua kasus AFP dalam satu wilayah yang diperkirakan minimal 2 kasus AFP diantara 100.000 penduduk usia <15 tahun per tahun (Non Polio AFP rate minimal 2/100.000 per tahun). Strategi penemuan kasus AFP dapat dilakukan melalui:

- a. Sistem surveilans aktif rumah sakit (*Hospital Based Surveillance/ HBS*)

Surveilans AFP di Rumah Sakit dilakukan secara aktif oleh petugas surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan petugas surveilans rumah sakit/ *Contact Person* Rumah Sakit yang diintegrasikan dengan surveilans PD3I dan penyakit lain yang penting untuk diamati di suatu wilayah.

1. Lokasi pengamatan (*Surveillance Site*)

Pengumpulan data Surveilans aktif Rumah Sakit dilakukan di semua bagian rumah sakit yang merawat anak <15 tahun.

2. Pelaksanaan

Surveilans aktif RS dilaksanakan oleh Petugas kabupaten/kota dan *Contact Person* Rumah Sakit

3. Frekuensi pelaksanaan surveilans aktif Rumah Sakit

Setiap minggu bagi petugas kabupaten/kota dan setiap hari bagi *Contact Person* atau petugas surveilans Rumah Sakit

4. Persiapan pelaksanaan surveilans Rumah Sakit

- a) Identifikasi Rumah Sakit yang potensial menemukan kasus AFP
- b) Lakukan pendekatan dan berikan penjelasan kepada pihak Rumah Sakit mengenai:
 - Program ERAPO dan Surveilans AFP
 - Pentingnya peranan Rumah Sakit dalam menunjang keberhasilan program ERAPO, khususnya surveilans AFP
 - Bantuan atau kerjasama yang diharapkan dari Rumah Sakit

- c) Bersama dengan pihak RS mengidentifikasi unit perawatan di Rumah Sakit bersangkutan yang memberikan pengobatan/perawatan penderita AFP, misalnya:
- Instalasi rawat jalan/inap penyakit syaraf
 - Instalasi rawat jalan/inap anak
 - Instalasi rehabilitasi medik
 - Instalasi rawat darurat
 - Instalasi lain yang merawat anak usia <15 tahun
- d) Bersama pihak Rumah Sakit menentukan *Contact Person* di setiap unit dan atau koordinator *contact person* serta penetapan SK tim surveilans AFP Rumah Sakit.
- e) Mengidentifikasi sumber data pada unit-unit tersebut diatas, misalnya register ruangan, register poliklinik, dan catatan status penderita.
- f) Menyediakan bahan-bahan informasi mengenai surveilans AFP (buku pedoman, *leaflet*, poster) untuk tim surveilans AFP Rumah Sakit.
- g) Membuat daftar telepon penting yang dapat dihubungi (dokter dan *contact person*).
- h) Melakukan pelatihan atau *on job training* bagi *contact person* Rumah Sakit.
- i) Melakukan sosialisasi surveilans AFP kepada semua petugas Rumah Sakit termasuk para dokter Rumah Sakit. Kegiatan ini dilakukan secara periodik minimal 6 bulan sekali di setiap Rumah Sakit, dengan memanfaatkan pertemuan-pertemuan yang ada di Rumah Sakit.
- b. Pelaksanaan surveilans aktif Rumah Sakit oleh petugas surveilans kabuapten/kota
- Petugas surveilans kabupaten/kota melakukan kegiatan:
1. Pengumpulan data kasus AFP di Rumah Sakit dilakukan secara aktif oleh petugas surveilans kabupaten/kota, bukan menunggu laporan dari petugas Rumah Sakit.
 2. Seminggu sekali mengunjungi Rumah Sakit yang merawat anak usia <15 tahun.

3. Mencatat data kasus pada formulir FP-PD, apabila tidak ada kasus dan PD3I maka ditulis “nihil” atau “0” (format 6). Apabila ditemukan kasus Campak maka dicatat dalam form C1.
 4. Berdiskusi dengan DSA/DSS atau dokter penanggung jawab ruangan dan *contact person* tentang hasil surveilans aktif Rumah Sakit pada saat itu.
 5. Membuat absensi pelaksanaan surveilans aktif Rumah Sakit dalam bentuk “kelengkapan dan ketepatan laporan mingguan RS” (format 28b).
 6. Setiap bulan mengkompilasi data kasus AFP, Campak dan TN yang ditemukan di Rumah Sakit ke dalam laporan surveilans integrasi (format 34b).
- c. Pelaksanaan surveilans aktif Rumah Sakit oleh petugas surveilans/*contact person* Rumah Sakit
1. Surveilans aktif RS (pengamatan dan pengumpulan data) dilaksanakan setiap hari oleh petugas surveilans Rumah Sakit atau *contact person* yang telah ditunjuk dengan cara berkoordinasi dengan penanggung jawab ruangan yang merawat anak usia <15 tahun.
 2. Konsultasikan dengan DSA/DSS atau dokter penanggung jawab lokasi pengamatan tentang kasus AFP yang ditemukan.
 3. Segera melaporkan dalam waktu <24 jam ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota apabila menemukan kasus AFP, melalui telepon/SMS atau Kurir.
- d. Surveilans AFP di masyarakat (*Community Based Surveillance/ CBS*)
- Dalam surveilans AFP di masyarakat populasi yang diamati adalah anak-anak usia <15 tahun di masyarakat. Surveilans ini diharapkan dapat menemukan kasus-kasus AFP yang tidak dibawa ke Rumah Sakit dengan alasan tertentu. Surveilans AFP di masyarakat dapat memanfaatkan kegiatan Desa Siaga.
1. Peran dinas kesehatan kabupaten/kota dalam pelaksanaan CBS
 - a) Menjelaskan strategi CBS dan peran puskesmas dalam surveilans AFP.
 - b) Mengkoordinasi pelaksanaan surveilans AFP dengan puskesmas di wilayahnya.
 - c) Menyiapkan bahan-bahan untuk penyebarluasan informasi mengenai surveilans AFP ke masyarakat.

d) Melatih petugas puskesmas tentang pelaksanaan surveilans AFP di puskesmas, termasuk mengidentifikasi kasus AFP.

2. Peran puskesmas dalam CBS

Puskesmas berperan sebagai koordinator surveilans AFP di masyarakat dalam penemuan kasus AFP sedini mungkin di wilayah kerjanya, dengan tugas utama:

a) Menemukan kasus di pelayanan kesehatan (Puskesmas, Puskesmas pembantu, Poliklinik desa, dan Klinik swasta).

b) Menemukan kasus dan menyebarluaskan informasi di masyarakat dan pelayanan kesehatan dengan melibatkan peran serta masyarakat:

1) Puskesmas

2) Puskesmas pembantu

3) Poliklinik desa

4) Klinik swasta

5) Kader kesehatan

6) Bidan desa

7) Pos kesehatan desa

8) Pengobatan tradisional/dukun urut

9) PKK

10) Pesantren/pos kesehatan perantren

11) Tokoh masyarakat (Tokoh Agama, Guru, Kepala desa)

c) Menyebarluaskan informasi kepada masyarakat mengenai:

1) Pengertian kasus AFP secara sederhana melalui poster, leaflet, buku saku, dan pertemuan

2) Pengenalan kasus kelumpuhan dan cara menginformasikan ke puskesmas/RS maupun petugas kesehatan terdekat.

d) Melacak setiap kelumpuhan yang dilaporkan masyarakat untuk memastikan bahwa kelumpuhan tersebut adalah AFP. Selambat-lambatnya 24 jam setelah laporan diterima dan apabila memungkinkan harus disertai oleh dokter yang ada di puskesmas.

e) Melaporkan setiap kasus AFP ke Dinas Kesehatan kabupaten/Kota selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam setelah ditemukan.

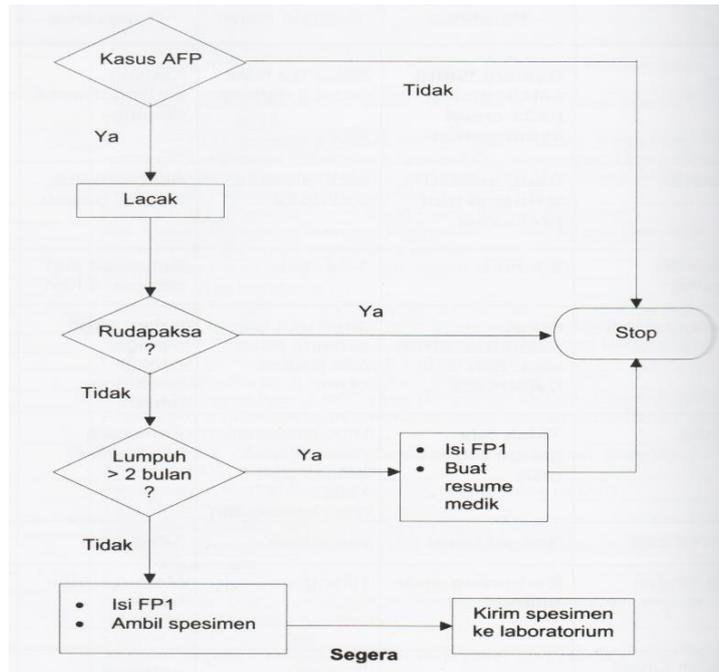
f) Bersama surveilans kabupaten/kota melakukan pelacakan di lapangan.

- g) Mengamankan spesimen tinja penderita sebelum dikirim ke kabupaten/kota dengan kengontrol suhu *specimen carrier*.
- h) Setiap minggu mengirimkan laporan mingguan menggunakan formulir PWS KLB (W-2) ke dinas kesehatan kabupaten.kota.

4.2.2 Pelacakan Kasus AFP

Setiap penemuan satu kasus AFP di suatu wilayah, maka hal tersebut adalah sebuah kejadian luar biasa. Berdasarkan kriteria tersebut, maka setiap kasus AFP yang ditemukan harus segera dilacak dan dilaporkan ke unit pelaporan yang lebih tinggi selambat-lambatnya dalam waktu 24 jam setelah laporan diterima. Tim pelacakan kasus AFP terdiri dari petugas surveilans yang sudah terlatih dari kabupaten/kota, koordinator surveilans puskesmas/dokter puskesmas/RS, dan atau petugas surveilans provinsi. Tujuan dilakukan pelacakan kasus AFP adalah sebagai berikut:

- a. Memastikan apakah kasus yang dilaporkan benar-benar kasus AFP.
- b. Mengumpulkan data epidemiologi (mengisi formulir pelacakan/FP1).
- c. Mengumpulkan spesimen tinja sedini mungkin dan mengirimkannya ke laboratorium.
- d. Mencari kasus tambahan.
- e. Memastikan ada atau tidaknya sisa kelumpuhan (residual paralysis) pada kunjungan ulang 60 hari kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat atau virus polio vaksin positif.
- f. Mengumpulkan resume medik dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya, sebagai bahan kajian klasifikasi final oleh kelompok kerja ahli nasional.



Sumber : Pedoman Surveilans AFP

Gambar 4.3 Diagram Alur Pelacakan Kasus AFP

4.2.3 Pengumpulan Spesimen Kasus AFP

Pengumpulan spesimen yang diperlukan dari penderita AFP adalah spesimen tinja, namun tidak semua kasus AFP yang dilacak harus dikumpulkan spesimen tinjanya. Pengumpulan spesimen tinja tergantung pada lamanya kelumpuhan kasus AFP.

- Bila kelumpuhan terjadi ≤ 2 bulan pada saat ditemukan, maka Isi formulir FP1 dan Kumpulkan 2 spesimen tinja penderita
- Bila kelumpuhan terjadi > 2 bulan pada saat ditemukan, maka isi formulir FP1 dan KU 60 hari, tidak perlu dilakukan pengumpulan spesimen tinja penderita AFP, dan membuat resume medik.

Kemungkinan terbesar untuk ditemukannya virus polio dalam tinja adalah 14 hari pertama kelumpuhan (63-96%). Tetapi virus polio masih dapat dideteksi keberadaannya kira-kira sampai dua bulan setelah kelumpuhan. Jika lebih dari dua bulan, maka kemungkinan keberadaan virus polio dalam tinja sangat kecil (5-10%). Spesimen tinja yang dikumpulkan sebanyak 8 gram tiap spesimen (1 sendok makan jika penderita mengalami diare), kemudian dimasukkan kedalam pot tinja, ditutup rapat dengan *cellotape*, dan diberi label. Spesimen tinja harus sampai di laboratorium untuk diperiksa paling lambat 3 hari setelah pengemasan. Jika

diperkirakan akan dikirim ≤ 3 hari setelah pengemasan, maka spesimen disimpan dilemari es dengan suhu 2-8°C. Tetapi jika diperkirakan akan dikirim >3 hari maka spesimen ditempatkan di *freezer*.

Spesimen tinja untuk kasus AFP dikategorikan adekuat bila memenuhi empat kategori. Jika salah satu kategori tidak terpenuhi maka spesimen dinyatakan tidak adekuat. Berikut empat kategori spesimen adekuat:

- a. Dua spesimen dapat dikumpulkan dengan tenggang waktu minimal 24 jam
- b. Waktu pengumpulan kedua spesimen tidak lebih dari 14 hari sejak terjadi kelumpuhan
- c. Masing-masing spesimen minimal 8 gram atau 1 sendok makan jika penderita diare
- d. Pada saat diterima dilaboratorium, spesimen dalam keadaan:
 1. Dua spesimen tidak bocor
 2. Dua spesimen volumenya cukup
 3. Suhu dalam spesimen karier 2-8°C
 4. Spesimen tidak rusak (kering, dll).

4.2.4 Hot Case

Terdapat tiga kategori *Hot Case* yang dibuat berdasarkan kondisi spesimen yang tidak adekuat pada kasus yang menyerupai polio. Tiga kategori *Hot Case* digolongkan sebagai kategori A, B, dan C dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Kategori A (Spesimen tidak adekuat, usia < 5 tahun, demam, dan Kelumpuhan tidak simetris).
- b. Kategori B (Spesimen tidak adekuat dan Dokter mendiagnosa *Suspect poliomyelitis*).
- c. Kategori C (Spesimen tidak adekuat dan Kasus mengelompok dua atau lebih (*cluster*)).

Cluster adalah dua kasus polio atau lebih yang berada dalam satu lokasi, tetapi waktu kelumpuhan berbeda dan tidak lebih dari satu bulan. Sementara itu kontak adalah anak usia < 5 tahun yang berinteraksi serumah atau sepermainan dengan kasus sejak terjadi kelumpuhan sampai tiga bulan kemudian. prosedur pengambilann sampel kontak yaitu setiap *hot case* diambil 5 kontak, untuk satu kontak diambil satu spesimen dan diberi label, pengepakan sama seperti pengepakan kasus AFP,

kemudian dikirim ke laboratorium nasional polio. Bila ada kontak (satu atau lebih) dengan hasil laboratorium positif virus polio liar, maka *hot case* diklasifikasikan sebagai “*Confirmed Polio*”.

4.2.5 Kunjungan Ulang (KU) 60 Hari

Kunjungan ulang (KU) 60 hari dilakukan untuk memastikan kasus AFP dengan spesimen tidak adekuat dan hasil pemeriksaan laboratorium negatif bukan polio. Sementara itu, untuk kasus AFP dengan hasil virus polio vaksin positif, diperlukan KU 60 hari sebagai bahan pertimbangan oleh kelompok kerja ahli dalam menentukan apakah ada hubungan antara kelumpuhan dengan virus polio vaksin yang ditemukan. Kunjungan ulang 60 hari kasus AFP dimaksudkan untuk mengetahui adanya sisa kelumpuhan setelah 60 hari terjadi kelumpuhan. Apabila tidak ada sisa kelumpuhan pada KU 60 hari, maka kasus AFP tersebut diklasifikasikan sebagai kasus AFP non-polio. Jika ada sisa kelumpuhan pada KU 60 hari, maka kasus AFP tersebut diperlukan pemeriksaan lanjutan oleh DSA/DSS/dr. umum dan dinatkan resume medik sebagai bahan pertimbangan komisi ahli dalam mengklasifikasikan kasus AFP tersebut.

4.2.6 Pelaporan

Pelaporan surveilans AFP berlaku pelaporan-nihil (*Zero reporting*), yaitu laporan harus dikirimkan pada saat yang telah ditetapkan walaupun tidak dijumpai kasus AFP selama periode waktu tersebut dengan menuliskan jumlah kasus “0” (nol), “tidak ada kasus”, atau “kasus nihil”.

a. Puskesmas

1. Pelaporan segera (Pelaporan KLB)

Puskesmas melaporkan adanya kasus AFP ke dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dalam waktu 24 jam dengan menggunakan formulir W1 (format 28c) setelah kasus tersebut dikonfirmasi secara klinis.

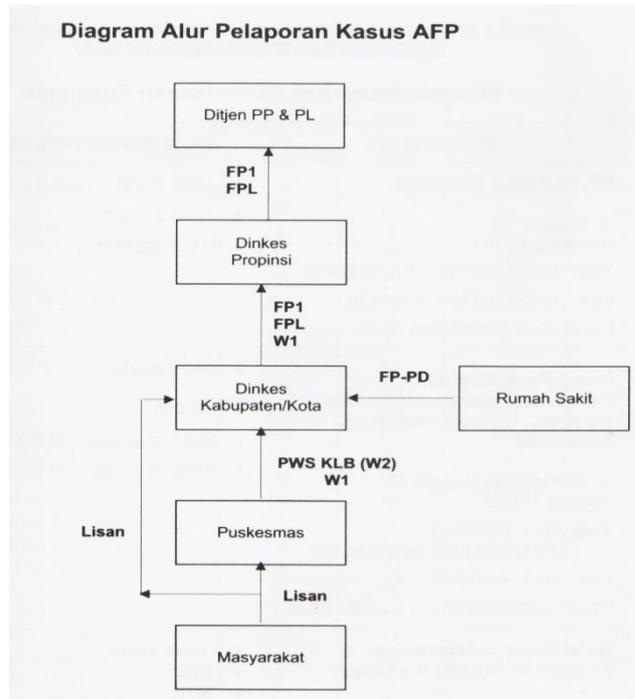
2. Pelaporan rutin

Laporan mingguan dilakukan melalui sistem pelaporan PWS KLB (W2), ada ataupun tidak ada kasus.

b. Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota

1. Pelaporan segera (Pelaporan KLB)

- a) Kabupaten/ Kota harus melaporkan adanya kasus AFP (berdasarkan laporan dari puskesmas atau RS serta hasil pengumpulan secara aktif di RS) ke Dinas Kesehatan Provinsi dalam waktu 24 jam setelah laporan diterima menggunakan formulir W1 atau melalui telepon.
 - b) Fotokopi dari formulir FP-1 yang telah diisi dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi segera setelah dilakukan pelacakan.
2. Pelaporan rutin
- a) Kabupaten/ Kota membuat absensi penerimaan laporan mingguan dan mengirimkan rekapitulasi laporan dari rumah sakit maupun puskesmas setiap bulan ke provinsi dalam bentuk kelengkapan dan ketepatan waktu laporan.
 - b) Setiap bulan membuat laporan berupa data kasus AFP dan PD3I dalam bentuk format laporan integrasi (format 34b).
 - c) Setiap bulan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota mengirim list penderita AFP ke Dinas Kesehatan Provinsi menggunakan form FPL (format 13) meskipun tidak ditemukan kasus. List kasus AFP (FPL) dibuat secara kumulatif sampai dengan bulan laporan pada tahun berjalan.
 - d) Laporan FPL sudah harus diterima Dinas Kesehatan Provinsi selambat – lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya.
- c. Dinas Kesehatan Provinsi
1. Pengiriman laporan pelacakan kasus AFP (FP1) ke pusat dilakukan ooleh seluruh provinsi dan laboratorium setiap minggu dengan menggunakan jasa pengiriman melalui pos dalam bentuk paket amplop cokelat besar yang ditujukan kepada Ka. Subdit Surveilans Epidemiologi.
 2. Bila dalam minggu bersangkutan tidak ada kasus AFP yang ditemukan, paket tetap harus dikirim dengan menyatakan kasus nihil pada surat pengantar (format 32). Bila provinsi yang menggunakan *Software* SAFPPRO dan laboratorium, data berupa file Epi Info (rec file) dikirim setiap hari jum'at melalui email afpdata@yahoo.com.
 3. Setiap bulan Dinas kesehatan Provinsi mengirim lis kasus AFP, ketepatan dan kelengkapan waktu laporan dari Kabupaten/ Kota dan data PD3I ditujukan kepada Subdit. Surveilans Epidemiologi selambat – lambatnya tanggal 20 bulan berikutnya.



Sumber : Pedoman Asueveilans AFP

Gambar 4.4 Diagram Alur Pelaporan Kasus AFP

4.2.7 Umpan Balik dan Penyebarluasan Informasi

a. Pusat

1. Umpan balik data surveilans AFP dikirim melalui email setiap jum'at kepada seluruh *contact person* dan jika terdapat ketidak konsistensian data segera diinformasikan sebelum hari selasa kepada bagian data surveilans AFP pusat.
2. Umpan balik analisis surveilans AFP diterbitkan setiap bulan dalam bentuk Buletin Data Surveilans PD3I yang akan didesiminasikan kepada seluruh *contact person* di pusat, provinsi, dan kabupaten.

b. Provinsi

1. Umpan balik laporan mingguan dan analisis kinerja surveilans AFP dikirim setiap tiga bulan ke seluruh dinas kesehatan kabupaten/kota.
2. Salinan hasil laboratorium yang diterima harus segera dikirimkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota asal kasus dan RS/puskesmas yang menemukan kasus.

c. Kabupaten/kota

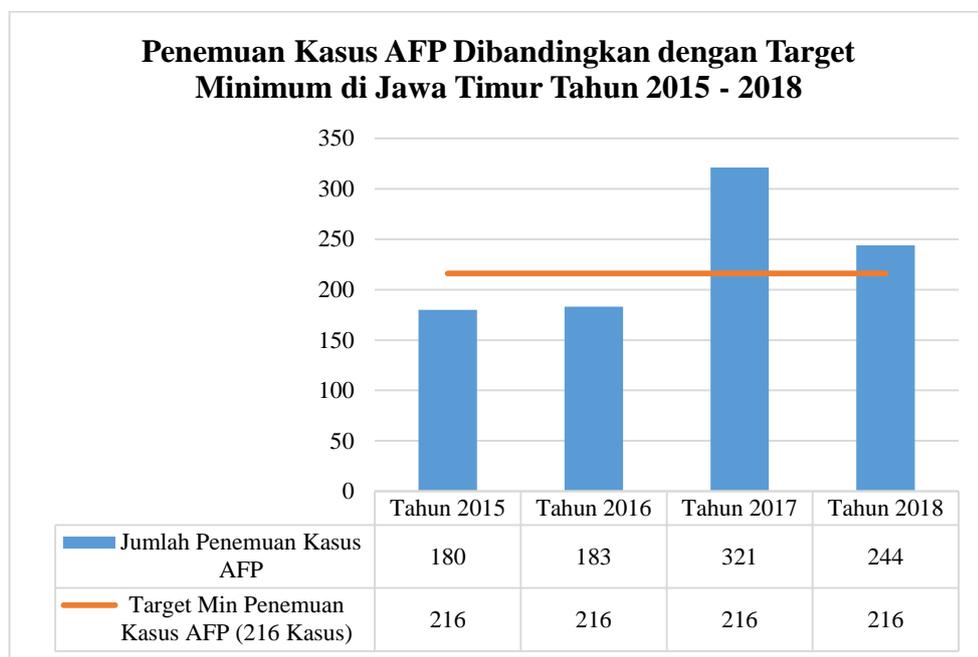
Umpan balik absensi laporan mingguan dan analisis kinerja surveilans AFP dikirim setiap tiga bulan ke seluruh RS dan puskesmas.

4.3 Hasil dan Pembahasan Masalah

4.3.1 Identifikasi Masalah Kegiatan Surveilans AFP di Provinsi Jawa Timur Tahun 2015-2018

a. Penemuan kasus AFP di Jawa Timur

Berdasarkan tujuan pelaksanaan surveilans AFP, Jawa Timur berupaya untuk meningkatkan angka penemuan kasus AFP. Penemuan kasus AFP dilakukan dengan strategi Surveilans Aktif Rumah Sakit (SARS) dan Surveilans Berbasis Masyarakat. Dimana kedua strategi penemuan kasus AFP ini dilakukan pada setiap kasus kelumpuhan akut dan *flaccid* untuk menemukan kasus AFP dan penemuan kasus AFP didasarkan pada target minimum.



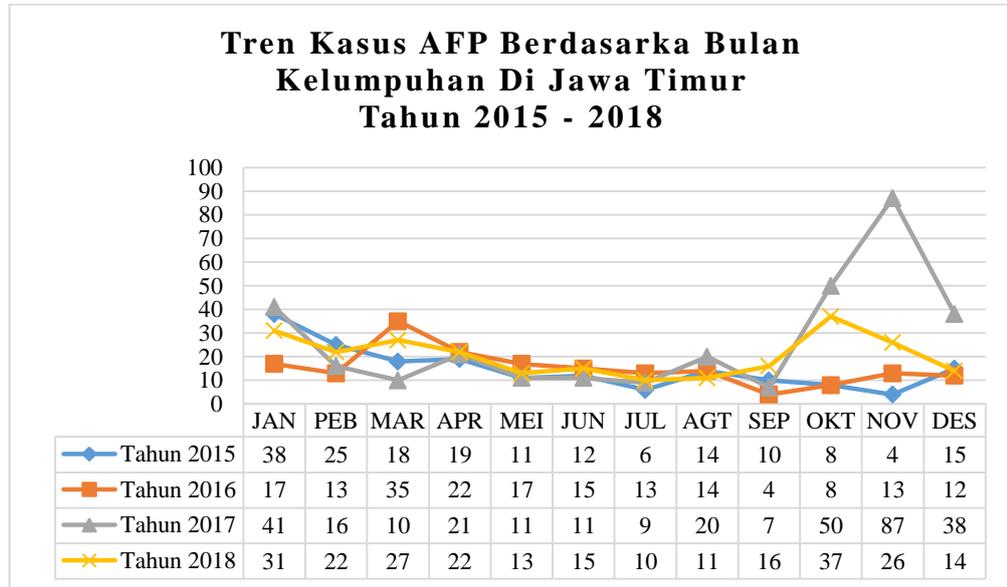
Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 - 2018

Gambar 4.5 Penemuan Kasus AFP Dibandingkan dengan Target Minimum di Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Berdasarkan Gambar 4.5 dapat diketahui bahwa pada tahun 2015 dan tahun 2016 penemuan kasus AFP belum memenuhi target, meskipun mengalami peningkatan, hal ini disebabkan karena belum atau kurangnya pelaporan kasus AFP di beberapa kabupaten/ kota. Pada tahun 2017 penemuan kasus AFP mengalami peningkatan yang signifikan yaitu sebanyak 321 kasus dan berhasil melampaui target minimum yang ditetapkan. Pada tahun 2018 penemuan kasus

AFP kembali mengalami penurunan, meskipun masih diatas target minimal, hal ini disebabkan karena pada tahun 2017 jumlah laporan kasus AFP yang dilaporkan meningkat sementara pada tahun 2018 laporan kasus AFP menurun.

b. Penemuan Kasus AFP Menurut Waktu



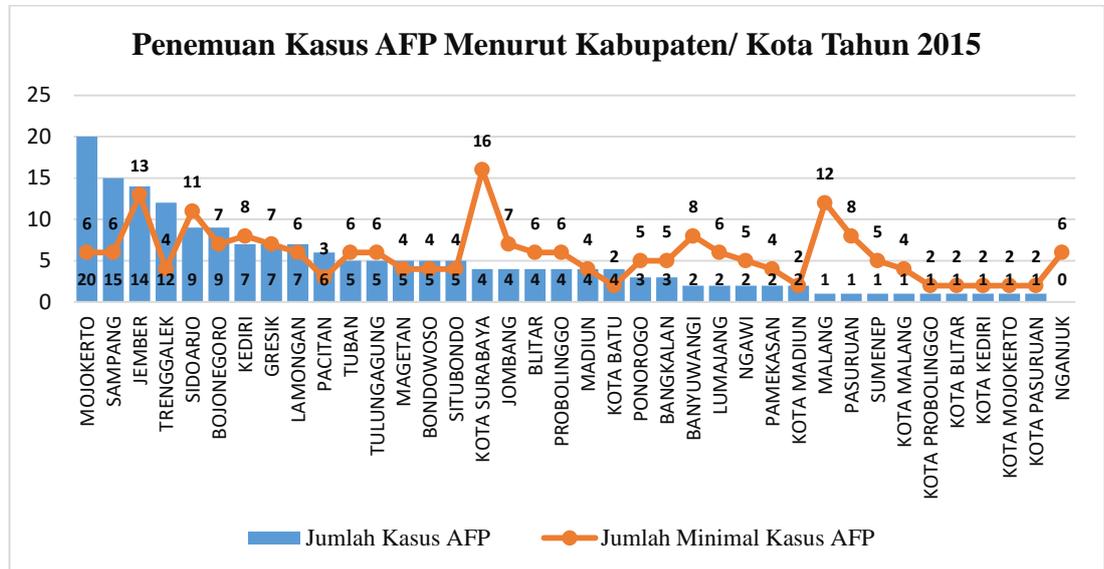
Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 - 2018

Gambar 4. 6 Grafik Tren Kasus AFP per Bulan di Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Kasus tertinggi yang diporkan dari tahun 2015 – 2018 terjadi pada bulan November tahun 2017 yaitu sebanyak 87 kasus. Sedangkan kasus terendah dilaporkan pada bulan September tahun 2016 dan bulan November tahun 2015 yaitu masing - masing 4 kasus. Jika dilihat secara keseluruhan, setiap bulan selama tahun 2015 – 2018 selalu ada kasus yang dilaporkan meskipun jumlahnya fluktuatif, juga pada bulan-bulan tertentu di setiap tahun ada yang mengalami kesamaan pola. Seperti pada bulan Mei yang mengalami penurunan, kemudian meningkat di bulan Juni, menurun di bulan Juli, dan kembali meningkat di bulan Agustus. Hal ini bisa terjadi karena faktor internal dari petugas surveilans atau penyakit penyebab AFP. Seperti kita ketahui bahwa kejadian AFP bisa disebabkan oleh beberapa diagnosa penyakit dan diantaranya terdapat penyakit yang memiliki hubungan dengan siklus waktu, diantaranya Chikungunya, Malaria, *Dengue Hemorrhagic Fever*, dan DHF.

Tetapi masih perlu adanya tinjauan lebih lanjut mengenai hubungan kejadian AFP dengan siklus waktu.

c. Penemuan kasus AFP Menurut Tempat

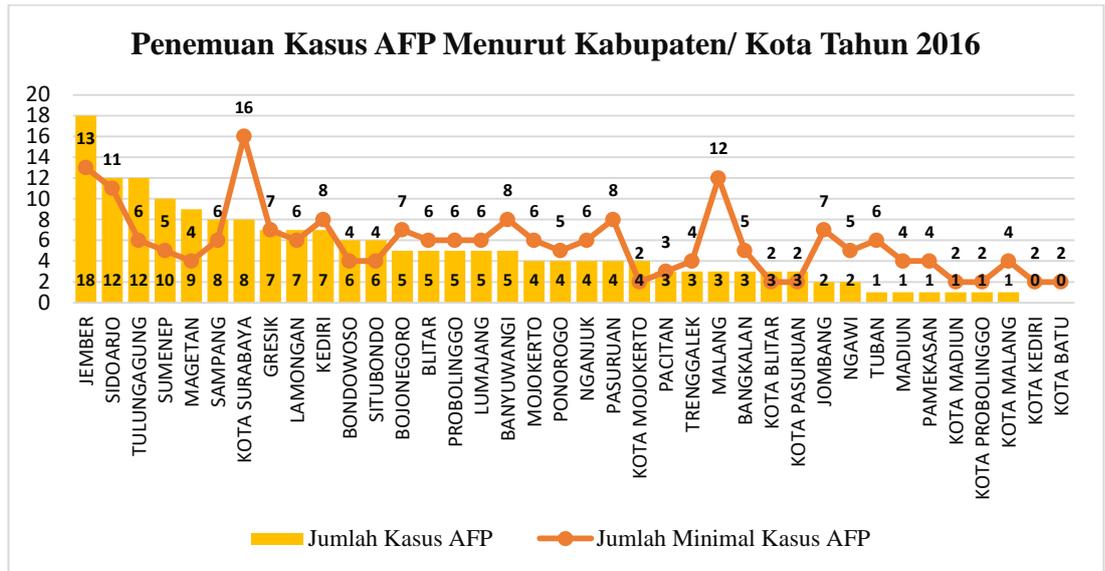


Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.7 Diagram Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Kabupaten/ Kota di Jawa Timur Tahun 2015

Berdasarkan gambar 4.7 di atas diketahui bahwa kabupaten/ kota di Jawa Timur dengan penemuan kasus AFP tertinggi adalah kabupaten Mojokerto dengan jumlah kasus 20 dan memenuhi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan. Sedangkan kabupaten/ kota dengan penemuan kasus terendah adalah kabupaten Nganjuk, dimana tidak ada kasus AFP yang dilaporkan sementara jumlah minimal kasus yang harus dilaporkan adalah 4 kasus AFP.

Pada tahun 2015 jumlah kabupaten/ kota di Jawa Timur yang tidak memenuhi target jumlah minimal kasus AFP yang dilaporkan sebanyak 24 kabupaten/ kota, yaitu Sidoarjo, Kediri, Tuban, Tulungagung, kota Surabaya, Jombang, Blitar, Probolinggo, Ponorogo, Bangkalan, Banyuwangi, Lumajang, Ngawi, Pamekasan, Malang, Pasuruan, Sumenep, kota Malang, kota Probolinggo, kota Blitar, kota Kediri, kota Mojokerto, kota Pasuruan, dan Ngajuk. Sementara itu, kabupaten/ kota yang sudah memenuhi minimal jumlah pelaporan kasus AFP ada 14 kabupaten/ kota, yaitu Mojokerto, Sampang, Jember, Trenggalek, Bojonegoro, Gresik, Lamongan, Pacitan, Magetan, Bondowoso, Situbondo, Madiun, kota Batu, dan kota Madiun.

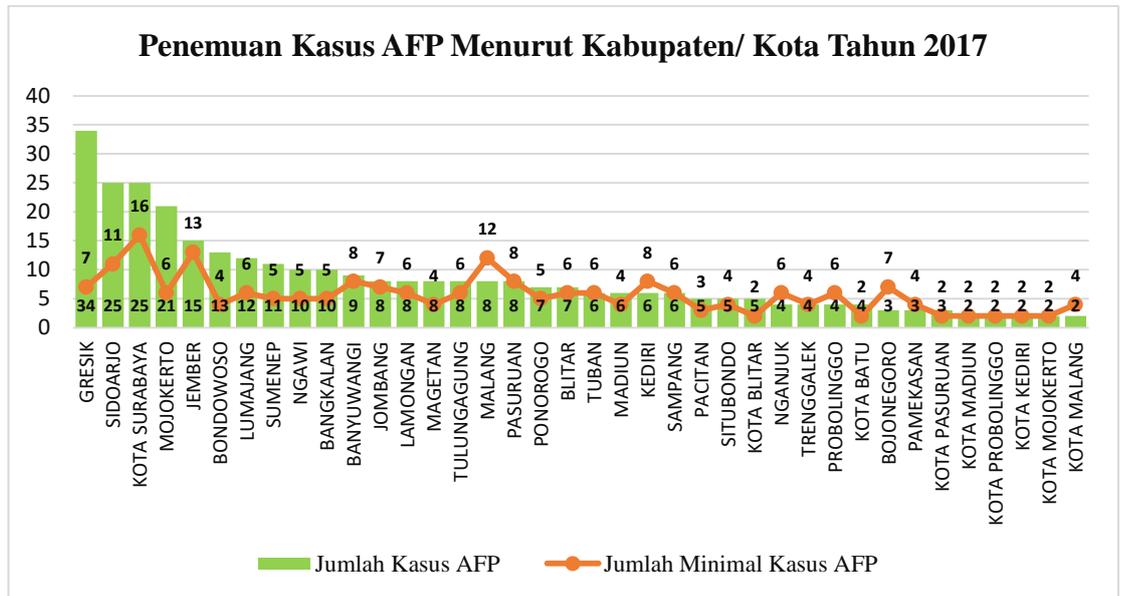


Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.8 Diagram Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Kabupaten/ Kota di Jawa Timur Tahun 2016

Berdasarkan gambar 4.8 di atas diketahui bahwa kabupaten/ kota di Jawa Timur dengan penemuan kasus AFP tertinggi adalah kabupaten Jember dengan jumlah kasus 18 dan melebihi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan. Sedangkan kabupaten/ kota dengan penemuan kasus terendah adalah kota Kediri dan kota Batu, dimana tidak ada kasus AFP yang dilaporkan sementara jumlah minimal kasus yang harus dilaporkan adalah 2 kasus AFP.

Pada tahun 2016 jumlah kabupaten/ kota di Jawa Timur yang tidak memenuhi target jumlah minimal kasus AFP yang dilaporkan sebanyak 24 kabupaten/ kota, yaitu Bojonegoro, Mojokerto, Kediri, Tuban, kota Surabaya, Trenggalek, Madiun, Jombang, Blitar, Probolinggo, Ponorogo, Bangkalan, Banyuwangi, Lumajang, Ngawi, Pamekasan, Malang, Nganjuk, Pasuruan, kota Malang, kota Probolinggo, kota Kediri, kota Batu, dan Ngajuk. Sementara itu, kabupaten/ kota yang sudah memenuhi minimal jumlah pelaporan kasus AFP ada 14 kabupaten/ kota, yaitu Jember, Sidoarjo, Tulungagung, Sumenep, Magetan, Sampang, Gresik, Lamongan, Bondowoso, Situbondo, kota Mojokerto, Pacitan, kota Blitar, dan kota Pasuruan.



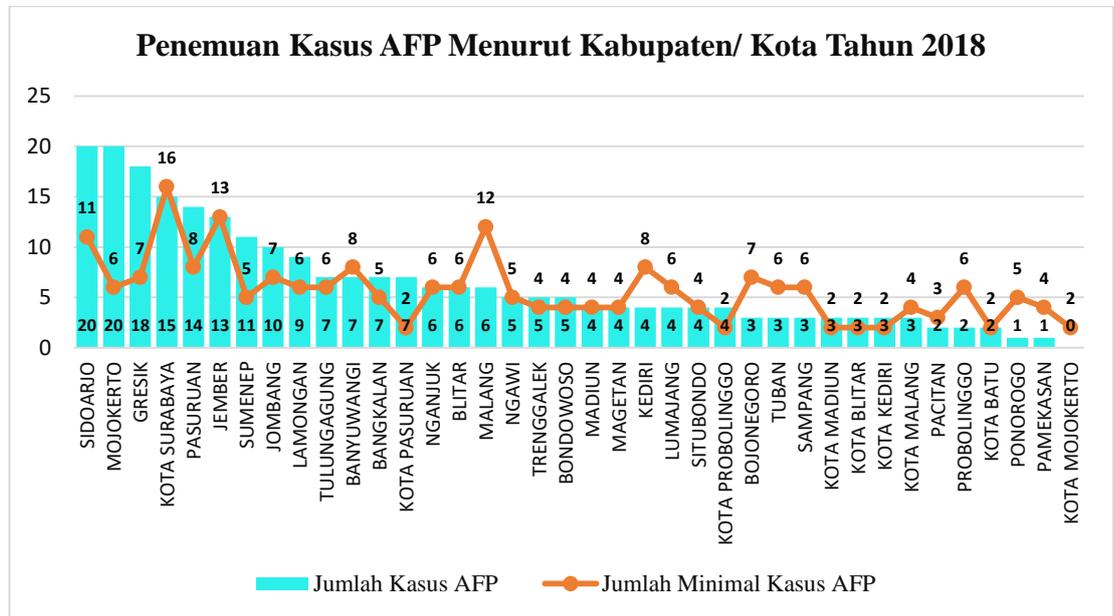
Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.9 Diagram Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Kabupaten/ Kota di Jawa Timur Tahun 2017

Berdasarkan gambar 4.9 di atas diketahui bahwa kabupaten/ kota di Jawa Timur dengan penemuan kasus AFP tertinggi adalah kabupaten Gresik dengan jumlah kasus 34 dan melebihi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan. Sedangkan kabupaten/ kota dengan penemuan kasus terendah adalah kota Madiun, kota Probolinggo, kota Kediri, kota Mojokerto dan kota Malang, dimana kasus AFP yang dilaporkan masing-masing adalah 2 kasus AFP. Kota Madiun, kota Probolinggo, kota Kediri, dan kota Mojokerto sudah memenuhi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan (2 kasus AFP) sementara kota Malang tidak memenuhi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan (4 kasus AFP).

Pada tahun 2017 jumlah kabupaten/ kota di Jawa Timur yang tidak memenuhi target jumlah minimal kasus AFP yang dilaporkan sebanyak 7 kabupaten/ kota, yaitu Malang, Kediri, Nganjuk, Probolinggo, Bojonegoro, Pamekasan, dan kota Malang. Sementara itu, kabupaten/ kota yang sudah memenuhi minimal jumlah pelaporan kasus AFP ada 31 kabupaten/ kota, yaitu Gresik, Sidoarjo, kota Surabaya, Mojokerto, Jember, Bondowoso, Lumajang, Sumenep, Ngawi, Bangkalan, Banyuwangi, Jombang, Lamongan, Magetan,

Tulungagung, Pasuruan, Ponorogo, Blitar, Tuban, Madiun, Sampang, Pacitan, Situbondo, kota Blitar, Trenggalek, kota Batu, kota Pasuruan, kota Madiun, kota Probolinggo, kota Kediri, dan kota Mojokerto.



Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.10 Diagram Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Kabupaten/ Kota di Jawa Timur Tahun 2017

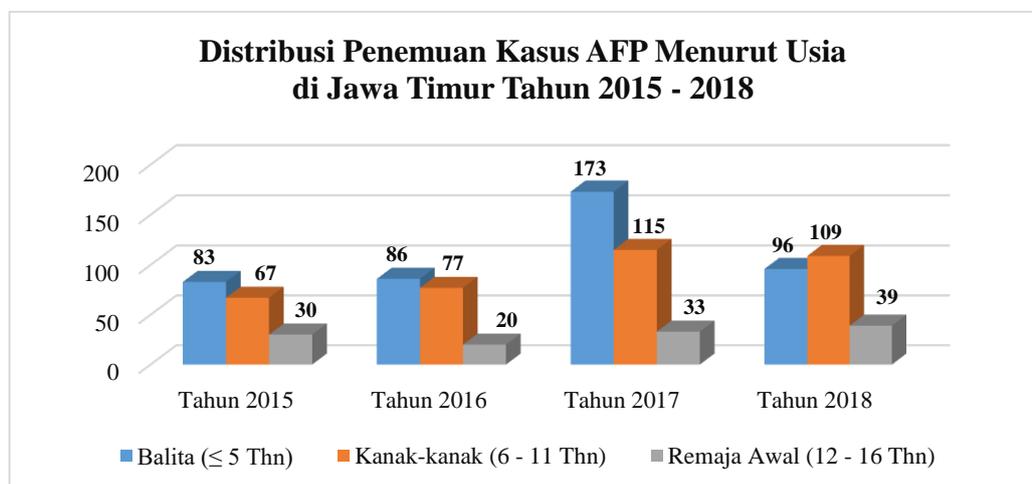
Berdasarkan gambar 4.10 di atas diketahui bahwa kabupaten/ kota di Jawa Timur dengan penemuan kasus AFP tertinggi adalah kabupaten Sidoarjo dan Mojokerto dengan masing-masing jumlah kasus 20 dan melebihi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan. Sedangkan kabupaten/ kota dengan penemuan kasus terendah adalah kota Mojokerto, dimana tidak ada kasus AFP yang dilaporkan sementara jumlah minimal kasus yang harus dilaporkan adalah 2 kasus AFP.

Pada tahun 2018 jumlah kabupaten/ kota di Jawa Timur yang tidak memenuhi target jumlah minimal kasus AFP yang dilaporkan sebanyak 14 kabupaten/ kota, yaitu Kota Surabaya, Banyuwangi, Malang, Kediri, Lumajang, Bojonegoro, Tuban, Sampang, kota Malang, Pacitan, Probolinggo, Ponorogo, Pamekasan, dan kota Mojokerto. Sementara itu, kabupaten/ kota yang sudah memenuhi minimal jumlah pelaporan kasus AFP ada 20 kabupaten/ kota, yaitu Sidoarjo, Mojokerto, Gresik, Pasuruan, Jember, Sumenep,

Jombang, Lamongan, Tulungagung, Bangkalan, kota Pasuruan, Nganjuk, Blitar, Ngawi, Trenggalek, Bondowoso, Madiun, Magetan, Situbondo, kota Probolinggo, kota Madiun, kota Blitar, kota Kediri, dan kota Batu.

Berdasarkan distribusi penemuan kasus AFP selama 4 tahun berturut-turut (2015 – 2018), kabupaten/ kota yang memenuhi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan mengalami peningkatan di tahun 2015 – tahun 2017 tetapi pada tahun 2018 mengalami penurunan. Tahun 2015 dan 2016 masing-masing sebanyak 24 kabupaten/ kota yang tidak memenuhi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan, tahun 2017 mengalami peningkatan yaitu hanya sebanyak 7 kabupaten/ kota yang tidak memenuhi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan, dan tahun 2018 kembali mengalami penurunan dimana kabupaten/ kota yang tidak memenuhi jumlah minimal kasus AFP yang harus dilaporkan menjadi 14 kabupaten/ kota. Penemuan kasus tertinggi dari tahun 2015 – 2018 yaitu pada tahun 2017 dan kabupaten/ kota dengan pelaporan jumlah kasus AFP terbanyak adalah kabupaten Gresik dengan jumlah pelaporan kasus AFP sebanyak 34 kasus.

d. Penemuan Kasus AFP Menurut Orang



Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

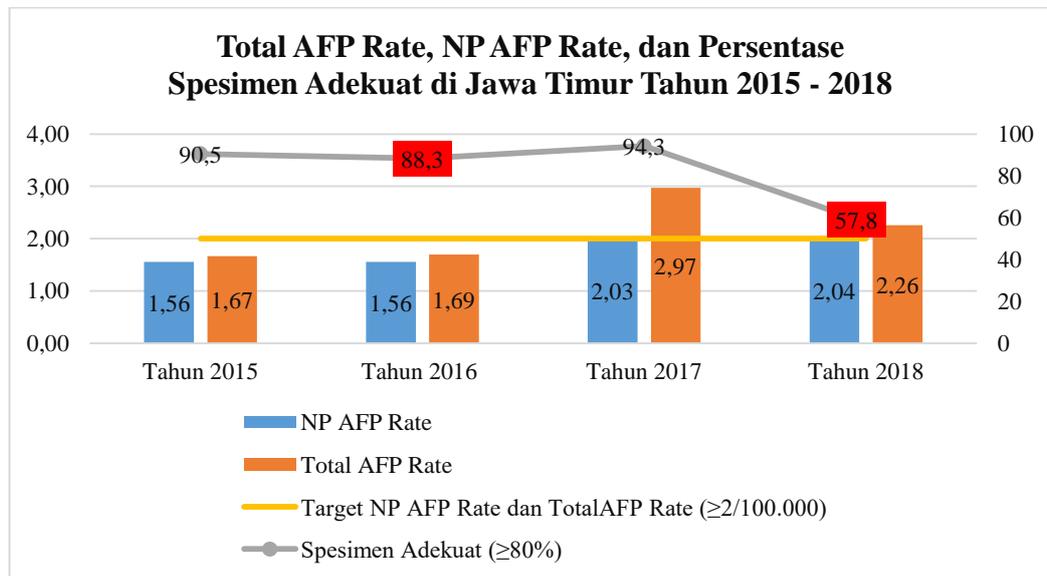
Gambar 4.11 Distribusi Penemuan Kasus AFP Menurut Usia di Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Berdasarkan gambar 4.11 di atas, secara berturut-turut dari tahun 2015 – 2018 kasus AFP paling banyak terjadi pada golongan usia Balita (≤ 5 tahun). Tetapi pada tahun 2017 terjadi peningkatan yang sangat signifikan, hal ini

terjadi karena pelaporan kejadian AFP meningkat. Sedangkan pada tahun 2018 terjadi perubahan pada kategori usia yang mengalami AFP. Dimana kategori usia yang paling banyak mengalami AFP adalah usia 6 – 11 tahun. Penyebab terjadinya perubahan ini belum diketahui.

e. Indikator Kinerja Surveilans AFP

Keberhasilan surveilans AFP diukur berdasarkan indikator kinerja surveilans AFP yang telah ditetapkan. Berikut ini surveilans AFP di Jawa Timur tahun 2015 – 2018 berdasarkan indikator kinerja surveilans AFP.



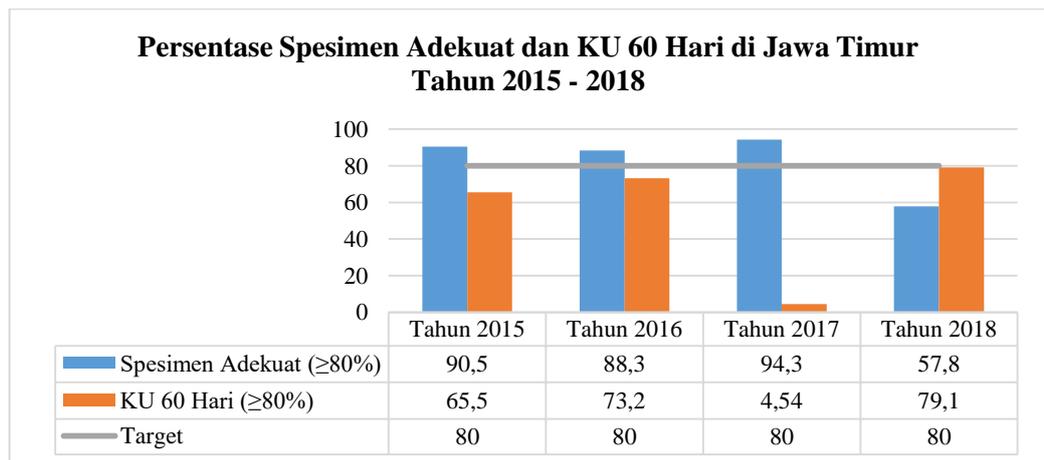
Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.12 Diagram Total AFP Rate, NP AFP Rate, dan Persentase Spesimen Adekuat di Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Berdasarkan gambar 4.12 pada tahun 2015 dan tahun 2016 Non-polio AFP rate dan total AFP rate belum memenuhi target minimum ($\geq 2/100.000$) yang ditetapkan. Tetapi pada tahun 2015 dengan capaian yang belum memenuhi target, persentase spesimen adekuat telah memenuhi target, tetapi kemudian mengalami penurunan pada tahun 2016. Tahun 2017 dan tahun 2018 Non-polio AFP rate dan totalAFP rate telah mencapai target minimum yang telah ditetapkan. Tetapi spesimen adekuat mengalami penurunan yang signifikan pada tahun 2018. Hal ini terjadi karena pada saat kasus AFP ditemukan kelumpuhan yang terjadi sudah lewat dari 14 hari, sehingga membuat spesimen

yang diambil menjadi tidak adekuat. Dimana untuk menjadi spesimen yang adekuat harus memenuhi keempat kriteria berikut:

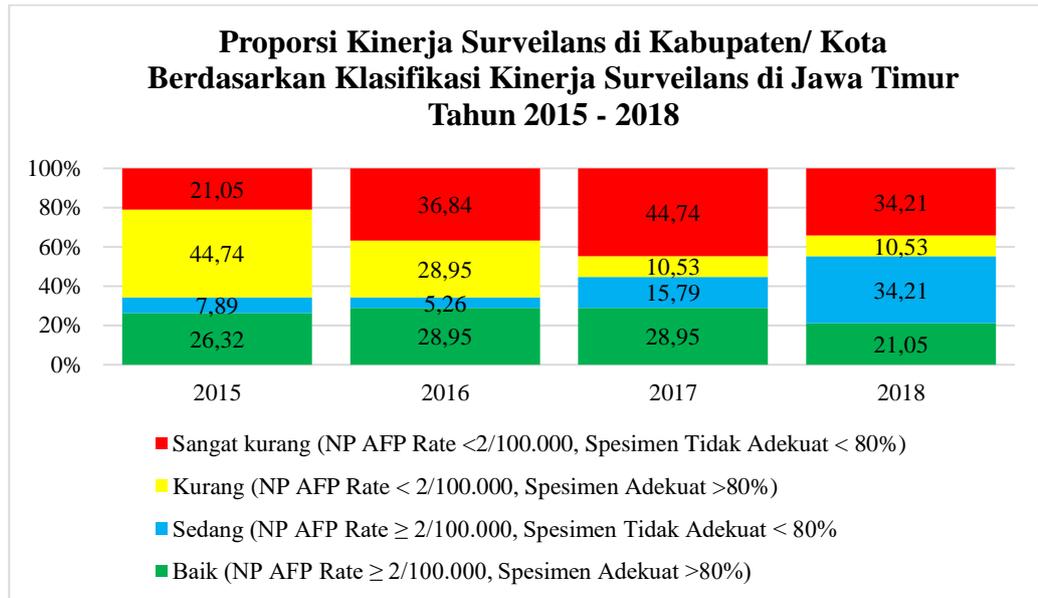
1. Dua spesimen dapat dikumpulkan dengan tenggang waktu minimal 24 jam
2. Waktu pengumpulan kedua spesimen tidak lebih dari 14 hari sejak terjadi kelumpuhan
3. Masing-masing spesimen minimal 8 gram atau 1 sendok makan jika penderita diare
4. Pada saat diterima dilaboratorium, spesimen dalam keadaan:
 - a) Dua spesimen tidak bocor
 - b) Dua spesimen volumenya cukup
 - c) Suhu dalam spesimen karier 2-8°C
 - d) Spesimen tidak rusak (kering, dll).



Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.13 Diagram Persentase Spesimen Adekuat dan KU 60 Hari di Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

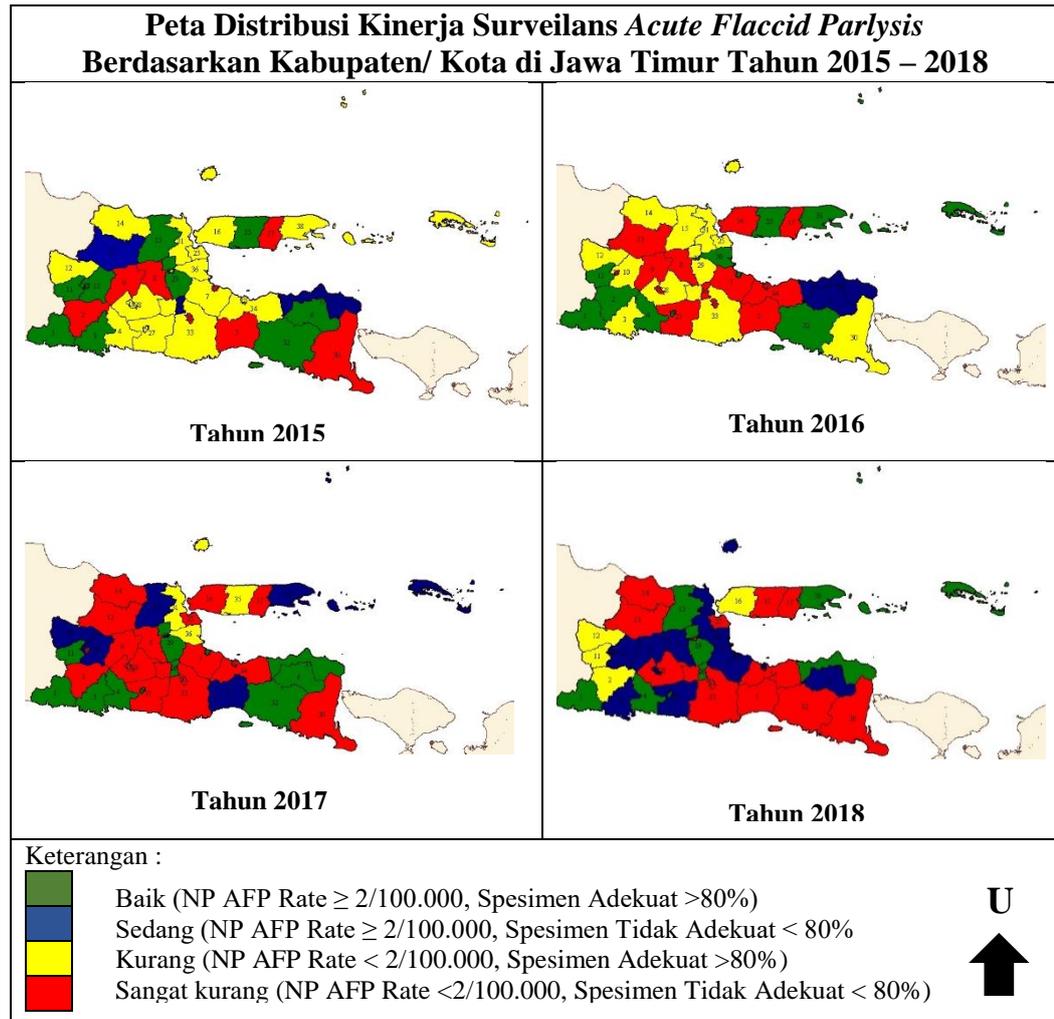
Berdasarkan gambar 4.13 dari tahun 2015 – 2018 kunjungan ulang 60 hari belum mencapai target yang ditentukan (<80%). Sementara itu persentase spesimen adekuat dari tahun 2015 – 2017 telah memenuhi target minimum yang ditetapkan (≥80%). Tetapi kembali mengalami penurunan pada tahun 2018 (57.8%). Pada tahun 2017 kunjungan ulang 60 hari setelah kelumpuhan mengalami penurunan yang sangat signifikan. Hal ini disebabkan karena kasus dengan spesimen adekuat maupun yang belum terkonfirmasi tidak melakukan kunjungan ulang setelah 60 hari sejak kelumpuhan.



Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.14 Diagram Proporsi Kinerja Surveilans AFP Berdasarkan Kabupaten/ Kota di Jawa Timur Tahun 2015 2018

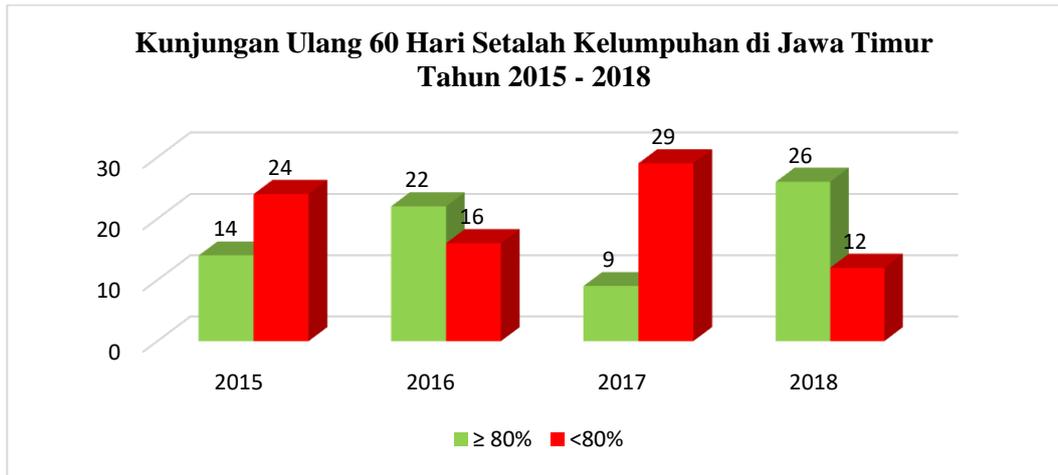
Kinerja Surveilans AFP ditentukan berdasarkan nilai Non-polio AFP rate dan persentase spesimen adekuat di setiap kabupaten/kota. Berdasarkan gambar 4.14 di atas, diketahui bahwa jumlah kabupaten/ kota dengan kinerja baik mengalami penurunan pada tahun 2018 setelah mengalami peningkatan di tahun 2016 dan menetap sampai tahun 2017. Sementara itu kabupaten/ kota dengan kinerja sangat kurang mengalami peningkatan dari tahun 2015 – tahun 2017 dan menurun pada tahun 2018. Hal ini disebabkan karena beberapa kabupaten/ kota dengan kategori sangat kurang (Non-polio AFP rate \leq 2/100.000 dan spesimen tidak adekuat) pada tahun 2017 mengalami perbaikan menjadi kategori sedang (Non-polio AFP rate \geq 2/100.000 dan spesimen tidak adekuat), yaitu Jombang, Nganjuk, Blitar, Pasuruan, kota Madiun, kota Probolinggo, dan kota Kediri.



Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.15 *Mapping* Distribusi Kinerja Surveilans AFP Berdasarkan Kabupaten/ Kota di Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

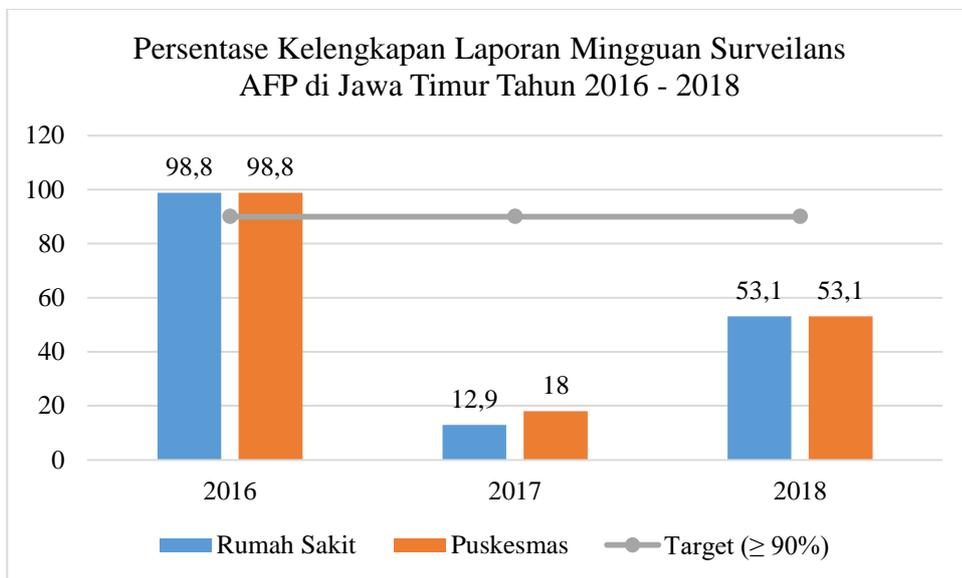
Berdasarkan gambar 4.15 di atas, secara keseluruhan kabupaten dengan indikator surveilans sangat kurang (merah) dari tahun 2015 – 2017 bertambah, kemudian pada tahun 2018 mengalami penurunan. Kabupaten dengan kinerja sangat kurang selama 4 tahun berturut-turut adalah kabupaten Pamekasan dan Malang. Kabupaten/ kota yang mengalami perbaikan dari kategori sangat kurang, kurang, dan sedang menjadi kategori baik adalah Gresik, Jombang, Ngajuk, tulungagung, Blitar, dan Situbondo. Sementara itu, kabupaten/ kota yang mengalami penurunan dari katogi baik menjadi sangat kurang adalah Jember dan Sampang. Kabupaten/ kota yang selama empat tahun (2015 – 2018) secara konsisten berada pada kategori baik adalah kabupaten Pacitan.



Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.16 Grafik Kunjungan Ulang 60 Hari Setelah Kelumpuhan di Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Berdasarkan gambar 4.16 diketahui bahwa kunjungan ulang 60 hari setelah kelumpuhan dari tahun 2015 – 2018 mengalami fluktuasi. Dimana KU 60 hari yang memenuhi target minimal ($\geq 80\%$) cenderung mengalami peningkatan meskipun terjadi fluktuasi tiap tahunnya. Hal serupa juga terjadi pada KU 60 hari yang tidak memenuhi target.



Sumber : Data Kinerja Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 – 2018

Gambar 4.17 Diagram Persentase Kelengkapan Laporan Mingguan Surveilans AFP di Jawa Timur Tahun 2016 – 2018

Berdasarkan gambar 4.17 di atas kelengkapan laporan mingguan di Rumah sakit dan Puskesmas pada tahun 2016 telah memenuhi target yang telah ditentukan. Kemudian pada tahun 2017 mengalami penurunan yang signifikan dan kembali meningkat pada tahun 2018 meskipun belum mencapai target yang telah ditentukan.

4.3.2 Proritas Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah yang dilakukan dalam kegiatan Surveilans AFP di Jawa Timur tahun 2015 – 2018 menghasilkan beberapa masalah utama. Masalah tersebut antara lain :

- a. Penemuan kasus Non Polio AFP kurang dari target minimal ($\geq 2/100.000$)
- b. Spesimen adekuat tidak memenuhi target minimal ($\geq 80\%$)
- c. Kunjungan ulang (KU) 60 haru sejak kelumpuha tidak memenuhi target minimal ($\geq 80\%$)
- d. Kelengkapan laporan kurang dari target minimal ($\geq 90\%$)

Setelah ditemukan beberapa masalah utama yang muncul, maka diperlukan adanya prioritas masalah. Metode prioritas masalah yang digunakan ada metode USG (*Urgency, Seriousness, dan Growth*) dan dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada 2 orang responden surveilans PD3I di seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Selanjutnya dilakukan skoring. *Score* nilai tertinggi dijadikan prioritas masalah.

Table 4.1 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode USG

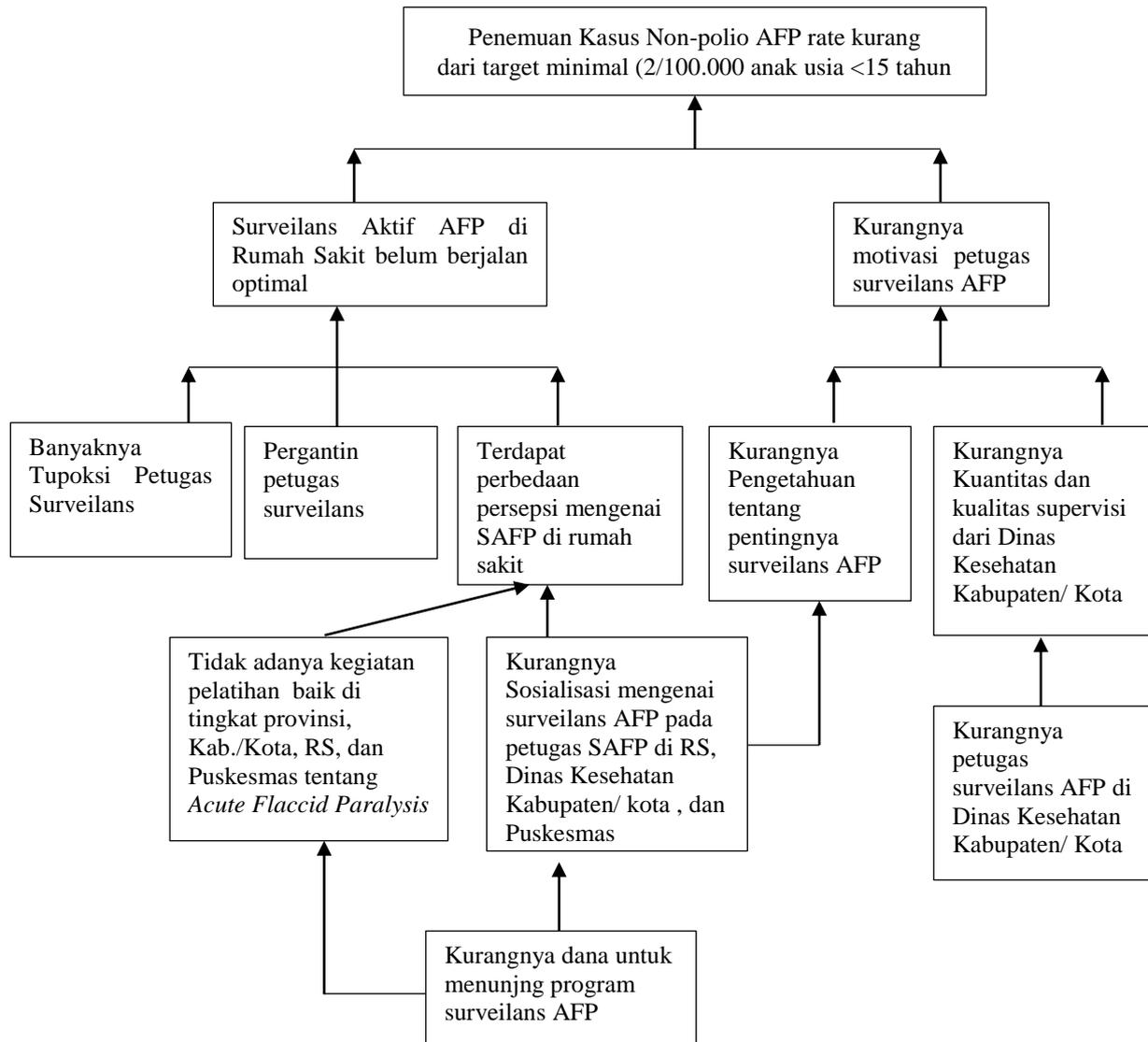
No	Masalah	Score			Total Score	Rangking
		U	S	G		
1.	Penemuan kasus Non Polio AFP kurang dari target minimal ($\geq 2/100.000$).	8	8	6	22	I
2.	Spesimen adekuat tidak memenuhi target minimal ($\geq 80\%$)	7	7	6	20	II
3.	Kunjungan ulang (KU) 60 haru sejak kelumpuhan tidak memenuhi target minimal ($\geq 80\%$)	5	5	5	15	IV

4.	Kelengkapan laporan kurang dari target minimal ($\geq 90\%$)	6	6	4	16	III
----	--	---	---	---	----	-----

Berdasarkan tabel di atas, yang menjadi prioritas masalah dalam pelaksanaan kegiatan Surveilans *Acute Flaccid Paralysis* di provinsi Jawa Timur adalah Penemuan Kasus Non AFP kurang dari target minimal ($\geq 80\%$). Responden pertama dan kedua mengatakan yang menjadi masalah utama adalah penemuan kasus Non-polio AFP rate yang kurang dari target. Karena menurut responden penemuan kasus non-polio AFP berpengaruh terhadap indikator surveilans yang lainnya.

4.3.3 Analisis Penyebab Masalah

Berdasarkan prioritas masalah di atas, selanjutnya dilakukan analisis penyebab masalah. Penentuan analisis penyebab masalah dilakukan dengan diskusi kepada petugas surveilans *Acute Flaccid Paralysis* di seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Penyebab masalah disajikan dengan pohon masalah. Berikut disajikan analisis penyebab masalah menggunakan pohon masalah.



Gambar 4.18 Diagram Pohon Masalah untuk Menganalisis Faktor Penyebab Masalah

Berdasarkan diagram pohon masalah di atas dapat diketahui akar penyebab masalah dari kurangnya penemuan kasus non-polio AFP rate di Jawa Timur Tahun 2015 – 2018. Berikut daftar akar penyebab masalah dari prioritas masalah :

- a. Banyaknya tugas dan fungsi petugas surveilans AFP di Rumah Sakit. Yang dimaksud dalam hal ini adalah petugas surveilans yang diberi tugas (*contact person*) untuk melaporkan kasus AFP di Rumah Sakit juga melakukan tugas pokok yang lain. Sehingga menyebabkan surveilans aktif di Rumah Sakit tidak berjalan secara optimal.
- b. Pergantian petugas surveilans AFP. Di beberapa Rumah Sakit selalu dilakukan *rolling* petugas kesehatan ke setiap unit di Rumah Sakit yang menyebabkan

pergantian *contact person* ke petugas yang lain, sehingga menyebabkan kurangnya informasi mengenai surveilans AFP pada *contact person* baru yang menyebabkan kurang optimalnya surveilans aktif di Rumah Sakit.

- c. Kurangnya dana untuk menunjang program surveilans AFP. Kekurangan dana merupakan masalah pada kebanyakan program kesehatan. Dalam melakukan pengajuan dana untuk surveilans AFP mengalami kendala karena berdasarkan Permenkes No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jenis pelayanan dasar pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan daerah Provinsi hanya mencakup dua hal, yaitu pelayanan kesehatan bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana provinsi dan pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa provinsi. Tidak ada SPM untuk bidang surveilans. Hal ini menyebabkan kurangnya sosialisasi tentang surveilans AFP dan pelatihan pada petugas surveilans AFP yang menyebabkan timbulnya perbedaan persepsi mengenai surveilans AFP pada petugas surveilans AFP di Rumah Sakit yang menyebabkan kurang optimalnya surveilans aktif AFP di Rumah Sakit.
- d. Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya surveilans AFP. Pengetahuan petugas surveilans AFP yang kurang mengenai pentingnya surveilans AFP bisa menyebabkan kurangnya motivasi dalam melakukan pelaporan kasus AFP yang menyebabkan penemuan kasus non-polio AFP kurang dari target yang ditetapkan.
- e. Kurangnya petugas surveilans AFP di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Jumlah petugas surveilans AFP yang terbatas menyebabkan ketidakseimbangan dengan beban kerja yang diterima. Selain melaksanakan program surveilans AFP petugas surveilans juga melaksanakan program surveilans PD3I, sehingga beban kerja menjadi lebih besar.

4.3.4 Alternatif Solusi Masalah

Setelah ditemukan penyebab akar masalah, maka harus ditentukan alternatif solusi dari penyebab akar masalah tersebut. Berikut adalah alternatif solusi yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah penemuan kasus Non-polio AFP kurang dari target minimal ($\geq 2/100.000$) di tahun 2015 – 2018 antara lain:

- a. Tugas pokok dan fungsi yang banyak sangat berkaitan dengan manajemen sumber daya. Prioritas masalah harus dibuat untuk menentukan urutan penyelesaian masalah serta bekerjasama dengan sektor lain untuk meringan pekerjaan.
- b. Pergantian petugas yang sering terjadi menyebabkan kurang optimalnya pelaporan kasus di rumah sakit. Hal yang perlu untuk dilakukan adalah memilih petugas surveilans AFP yang tepat juga dan mengerti betapa pentingnya surveilans AFP dilakukan.
- c. Keterbatasan anggaran merupakan masalah yang sering dihadapi program. Sehingga perlu dilakukan prioritas penggunaan dana. Kekurangan anggaran dana dapat dilakukan dengan melakukan subsidi silang dengan program yang memiliki anggaran dana lebih. Selain itu perlu dilakukan advokasi mengenai penganggaran dana surveilans AFP kepada kementerian kesehatan atau pemegang kebijakan yang bersangkutan.
- d. Melakukkann kegiatan promosi secara berkala tentang surveilans AFP pada petugas surveilans untuk meningkatkan motivasi dalam melakukan pelaporan kasus AFP. Selain itu perlu untuk memberikan penghargaan atau apresiasi kepada petugas surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten/ kota, Rumah Sakit, dan Puskesmas untuk meningkatkan motivasi kerja.

4.4 Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilakukan selama 4 minggu dari tanggal 5 Agustus sampai dengan 5 September yang terdiri dari lima minggu. Setiap hari mulai dari hari Senin sampai Hari Jum'at diwajibkan untuk mengikuti apel pagi tepat pukul 07.00 WIB kecuali hari Jum'at dan pada hari Jum'at wajib mengikuti kegiatan olahraga setiap jam 07.00 WIB dengan memilih jenis kegiatan olahraga yang ingin diikuti, yaitu *Volly Ball*, Senam Pagi, dan Lari Pagi di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Pada minggu pertama hari pertama kegiatan magang diawali dengan penerimaan magang oleh pihak Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, kemudian kegiatan magang berlanjut orientasi tempat magang dari hari pertama dan hari ke-dua di seksi Penyakit Menular. Kemudian pada hari ke tiga orientasi berlanjut ke seksi Surveilans dan Imunisasi dan menetap untuk magang di seksi tersebut. Kegiatan yang mulai dilakukan adalah mengentry data STP tahun 2018.

Pada minggu ke-dua kegiatan *entry* dan analisis data STP tahun 2018 dilanjutkan dan diselingi dengan tanya jawab mengenai penyakit Difteri. Pada hari Rabu 14 Agustus 2019 mengikuti rapat kunjungan dari DPRD Pacitan ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengenai kejadian KLB Hepatitis A di Pacitan. Pada minggu ke-tiga kegiatan yang dilakukan adalah mulai menyusun laporan magang dan lanjut mengentry data STP tahun 2019, kemudian pada minggu ke-empat dilanjutkan dengan mengentri dan menganalisis data STP tahun 2019, diselingi dengan melanjutkan laporan magang. Pada hari Kamis 29 Agustus 2019 bersama dengan pemegang program surveilans Difteri melakukan Dinas Luar ke Puskesmas Ngasem Kota Kediri terkait adanya laporan kasus Difteri. Kemudian pada hari Jum'at 30 Agustus 2019 setelah kegiatan senam, pembimbing magang dari Departemen Epidemiologi melakukan kegiatan Supervisi mengenai kegiatan magang. Pada minggu ke-lima kegiatan magang dilanjutkan dengan mengentri data kasus suspek Difteri bulan Januari – Agustus tahun 2019 dan konsultasi laporan magang dengan pemegang program.

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Kesimpulan dari gambaran surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) berdasarkan indikator kinerja surveilans di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2015-2018 antara lain sebagai berikut:

- a. Berdasarkan identifikasi masalah yang dilakukan, ditemukan beberapa masalah yaitu:
 1. Penemuan kasus Non Polio AFP kurang dari target minimal ($\geq 2/100.000$)
 2. Spesimen adekuat tidak memenuhi target minimal ($\geq 80\%$)
 3. Kunjungan ulang (KU) 60 haru sejak kelumpuha tidak memenuhi target minimal ($\geq 80\%$)
 4. Kelengkapan laporan kurang dari target minimal ($\geq 90\%$)
- b. Prioritas masalah yang dilakukan dengan metode USG pada pemegang program surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, masalah yang menjadi prioritas adalah penemuan kasus Non Polio AFP kurang dari target minimal ($\geq 2/100.000$).
- c. Analisis akar penyebab masalah yang dilakukan dengan cara berdiskusi dengan pemegang program surveilans AFP di Dinas Kesehatan Jawa Timur, ditemukan hasil antara lain:
 1. Kurangnya dana untuk menunjang program surveilans AFP di kabupaten/kota, Rumah Sakit, dan Puskesmas
 2. Kurangnya petugas surveilans AFP di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota
 3. Kurangnya pengetahuan petugas surveilans AFP di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Rumah Sakit, dan Puskesmas yang menyebabkan motivasi kerja menurun.
 4. Kurangnya sosialisasi surveilans AFP kepada petugas surveilans AFP di Rumah Sakit,
 5. Banyaknya tugas pokok dan fungsi dari petugas surveilans AFP
- d. Alternatif solusi yang diusulkan antara lain melakukan advokasi untuk mencari dukungan dana, melakukan manajemen sumber daya, memberikan penghargaan atau apresiasi kepada petugas surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Rumah Sakit, dan Puskesmas untuk meningkatkan motivasi kerja, dan melakukan sosialisasi secara berkala untuk meningkatkan pengetahuan petugas surveilans AFP di Rumah Sakit.

5.2 Saran

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur diharapkan mampu untuk meningkatkan kinerja surveilans AFP di Jawa Timur sehingga angka penemuan dan pelaporan kasus AFP dapat meningkat. Perbaikan kualitas kinerja surveilans bisa dilakukan dengan mengikuti pedoman yang telah ditentukan, pencarian dukungan dana, dan melakukan sosialisasi ke secara rutin kepada petugas surveilans dan masyarakat luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Gunardi, H. (2017). Eradikasi dan Babak Akhir Polio: Peran Tenaga Kesehatan Indonesia. *EJournal Kedokteran Indonesia*, 4(3). <https://doi.org/10.23886/ejki.4.7108.141-8>
- Kementrian Kesehatan RI. (2016). *Ayo Sukseskan PIN Polio Tahun 2016*. Kementrian Kesehatan RI. Retrived Oktober 10, 2019, from <https://www.kemkes.go.id/article/view/16030500001/ayo-sukseskan-pin-polio-tahun-2016.html>
- Susanti, N. (2019). *Laboratory-based Acute Flaccid Paralysis surveillance pre-polio free certification : Indonesia experience , 2003-2013*. 10(1), 8–14.
- Kabra, S. & Srivastava, RN. (2011). *Peadiatrics: A Concise Text. Edisi Pertama*. Elsevier: New Delhi.
- Verma, A. & Kunju, PAM. (2019). *IAP Textbook of Pediatric Neurology. Edisi ke dua*. Jaypee Brothers Medical Publisher (P) Ltd. New Delhi.
- Kementrian Kesehatan RI. (2007). *Pedoman Surveilans Acute Flaccid Paralysis*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

Lampiran 1



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN

Jl. Jend. A. Yani No.118 Telp. 8280356 – 8280660 – 8280713 Fax (031) 8290423

Surabaya 60231

Surabaya, 2 Agustus 2019

Nomor : 442 / 102.5 / 2019
Lampiran : -
Perihal : Izin Magang

Kepada
Yth. Dekan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
di

TEMPAT

Menindaklanjuti surat Wakil Dekan I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Nomor : 4652 / UN3.1.10 / PPd / 2019 tanggal 11 Juli 2019, Perihal : Permohonan Izin Magang, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami bersedia menerima kegiatan tersebut, dengan harapan dapat memberikan bekal melalui penerapan ilmu serta keseimbangan antara substansi akademik yang telah ditempuh bersama Dinkes Provinsi Jawa Timur.

Adapun jadwal pelaksanaan kegiatan mulai bulan Agustus 2019 selama 1 (satu) bulan sesuai dengan minat program masing - masing mahasiswa sebagai berikut :

No	NIM	NAMA	MINAT PROGRAM
1	101711123036	Retno Widyarti	Epidemiologi
2	101711123036	Rahmawati Sinusi	Epidemiologi
3	101711123047	Gracia Satyawestri P	Epidemiologi
4	101711123055	Nuhla Nuhbah H	Epidemiologi
5	101711123013	Brevy Nella Herny O	Kesehatan Lingkungan

Demikian, atas perhatian dan kerja samanya, diucapkan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI JAWA TIMUR

Dr. dr. KOHAR HARI SANTOSO, Sp.An., KIC., KAP.
Rendina Utama Muda
NIP. 19611203 198802 1 001

Lampiran 2

CATATAN HARIAN KEGIATAN MAGANG

Nama Mahasiswa : Rahmawati Sinusi
 NIM : 101711123045
 Tempat Magang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
Hari ke-1 Senin, 5 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Penerimaan oleh pihak Dinkes Provinsi - Orientasi ke P2PM Program DBD - Orientasi ke P2PM program malaria - Orientasi ke P2PM program TBC - Orientasi ke P2PM program ISPA - Orientasi ke P2PM program HIV 	
Hari ke-2 Selasa, 6 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel pagi - Orientasi ke P2PM program Hepatitis dan diare - Orientasi ke P2PM program Kusta dan frambusia 	
Hari ke-3 Rabu, 7 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel pagi - Orientasi ke Seksi Surveilans dan Imunisasi - Entry data Surveilans Terpadu Penyakit tahun 2018 	
Hari ke-4 Kamis, 8 Agu	<ul style="list-style-type: none"> - Melanjutkan entry data Surveilans Penyakit Terpadu tahun 2018 	
Hari ke-5 Jum'at, 9 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Senam Pagi - Melanjutkan entry data Surveilans Penyakit Terpadu tahun 2018 	

Lampiran 3

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-2		
Hari ke-1 Senin, 12 Agustus 2019	- Apel Pagi - Entri Data Surveilans Terpadu Penyakit 2018	
Hari ke-2 Selasa, 13 Agustus 2019	- Apel Pagi - Mempelajari Program Difteri (Persiapan Tanya Jawab)	
Hari ke-3 Rabu, 14 Agustus 2019	- Apel Pagi - Mempelajari Program SKDR - Tanya Jawab Program Difteri - Mengikuti Rapat Kunjungan DPRD Pacitan Mengenai KLB Hepatitis A di Pacitan	
Hari ke-4 Kamis, 15 Agustus 2019	- Apel Pagi - Entry Data dan Analisis Data Surveilans Terpadu Penyakit 2018	
Hari ke-5 Jum'at, 16 Agustus 2019	- Senam Pagi - Analisis Data Surveilans Terpadu Penyakit 2018	

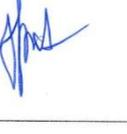
Lampiran 4

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-3		
Hari ke-1 Senin, 19 Agustus 2019	- Apel Pagi - Melanjutkan Entry Data dan Analisis Data Surveilans Terpadu Penyakit 2018	
Hari ke-2 Selasa, 20 Agustus 2019	- Apel Pagi - Menyusun Laporan Magang	
Hari ke-3 Rabu, 21 Agustus 2019	- Apel Pagi - Entry Data Surveilans Terpadu Penyakit 2019	
Hari ke-4 Kamis, 22 Agustus 2019	- Apel Pagi - Melanjutkan Entri Data Surveilans Terpadu Penyakit 2019 - Melanjutkan Menyusun Laporan Magang	
Hari ke-5 Jum'at, 23 Agustus 2019	- Senam Pagi - Melanjutkan Menyusun Laporan	

Lampiran 5

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-4		
Hari ke-1 Senin, 26 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel Pagi - Melanjutkan Analisis Surveilans Terpadu Penyakit 2019 - Menyusun Laporan Magang 	
Hari ke-2 Selasa, 27 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel Pagi - Melanjutkan Menyusun Laporan Magang 	
Hari ke-3 Rabu, 28 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel Pagi - Melanjutkan Menyusun Laporan Magang 	
Hari ke-4 Kamis, 29 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Dinas Luar ke Puskesmas Ngasem Kota Kediri Terkait Kasus Difteri 	
Hari ke-5 Jum'at, 30 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Senam - Entry data Kasus Suspek Difteri bulan Januari – Agustus tahun 2019 	

Lampiran 6

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-5		
Hari ke-1 Senin, 2 September 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel Pagi - Melanjutkan Entry Data Kasus Suspek Difteri Bulan Januari – Agustus Tahun 2019 - Konsultasi Mengenai Laporan Magang 	
Hari ke-2 Selasa, 3 September 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel Pagi - Mengerjakan Laporan Magang - Melanjutkan Mengerjakan Laporan Magang 	
Hari ke-3 Rabu, 4 September 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel Pagi - Konsultasi Laporan Magang - Melanjutkan Mengerjakan Laporan Magang 	
Hari ke-4 Kamis, 5 September 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Apel Pagi - Melanjutkan Mengerjaakan Laporan Magang - Konsultasi Laporan Magang 	

Lampiran 7

**DAFTAR ABSENSI MAHASISWA MAGANG
ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI SI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Pertama							
			Sen, 5/8	Sel, 6/8	Rab, 7/8	Kam, 8/8	Jum, 9/8			
1.	101711123036	Retno Widyarti	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref		
2.	101711123045	Rahmawati Sinusi	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref		
3.	101711123047	Gracia Satyawestri P	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref		
4.	101711123055	Nuhla Nuhbah Hamzah	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref		

Lampiran 8

**ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI SI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Kedua				
			Sen, 8 12/19	Sel, 8 13/19	Rob, 8 14/19	Kam, 8 15/19	Jum, 8 16/19
1.	101711123036	Retro Widyarti	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2.	101711123045	Rahmawati Sinusi	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3.	101711123047	Gracia Satyawestri P	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4.	101711123055	Nuhla Nuhbah Hamzah	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Lampiran 9

**ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI SI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Ketiga				
			Sen, 19/19	Sel, 20/19	Rab, 21/19	Kam, 22/19	Jum, 23/19
1.	101711123036	Retno Widyarti	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf
2.	101711123045	Rahmawati Sinusi	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf
3.	101711123047	Gracia Satyawestri P	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf
4.	101711123055	Nuhla Nuhbah Hamzah	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf

Lampiran 10

**ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI SI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Keempat						
			Sen, 26/10/19	Sel, 27/10/19	Rab, 28/10/19	Kam, 29/10/19	Jum, 30/10/19		
1.	101711123036	Retno Widyarti	RW	RW	RW	RW	RW	RW	
2.	101711123045	Rahmawati Sinusi	RS	RS	RS	RS	RS	RS	
3.	101711123047	Gracia Satyawestri P	GS	GS	GS	GS	GS	GS	
4.	101711123055	Nuhla Nuhbah Hamzah	NS	NS	NS	NS	NS	NS	

Lampiran 11

**ALIH JENIS PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM STUDI SI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2019**

No	NIM	Nama Mahasiswa	Minggu Kelima					
			Sen, 1/19	Sel, 2/19	Rab, 4/19	Kam, 5/19		
1.	101711123036	Retno Widyarti	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	
2.	101711123045	Rahmawati Sinusi	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	
3.	101711123047	Gracia Satyawestri P	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	
4.	101711123055	Nuhla Nuhbah Hamzah	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	Ruf	

Lampiran 12

No.	Jenis Kegiatan Magang	Deskripsi
1.	Apel Pagi	<p>Apel pagi dilaksanakan setiap hari kerja jam 07.00 WIB kecuali hari Jum'at. Wajib diikuti oleh semua staff Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan Mahasiswa Magang.</p> 
2.	Orientasi ke P2PM	<p>Orientasi ke P2PM selama dua hari yaitu hari Senin 5 Agustus dan Selasa 6 Agustus 2019. Orientasi di dampingi oleh Pak Huda dan dilakukan dengan cara memperkenalkan Program yang ada di P2PM yaitu Program DBD, Malaria, TBC, ISPA, HIV, Hepatitis dan Diare, kemudian Kusta dan Frambusia.</p>
3.	Orientasi ke P2 Surveilans dan Imunisasi	<p>Orientasi ke P2 Surveilans dan Imunisasi dilakukan pada hari Rabu 7 Agustus 2017, sebelumnya memperkenalkan Program yang ada di seksi Surveilans dan Imunisasi, terlebih dahulu dilakukan pengarahan oleh bapak Gito Hartono, SKM., MKes. selaku Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi. Setelah dilakukan pengarahan, dilanjutkan dengan perkenalan mengenai program yang ada di Seksi Surveilans dan Imunisasi. yaitu Program Surveilans AFP, Surveilans Campak, Surveilans Difteri, Imunisasi Campak dan Difteri, dan Surveilans Penyakit Emerging.</p>
4.	Entry data dan Analisis Surveilans Penyakit Terpadu 2018 dan 2019	<p>Entry data Surveilans Penyakit Terpadu tahun 2018 dan 2019 dilakukan mulai dari hari Rabu 7 Agustus 2019 sampai dengan Senin 26 Agustus 2019.</p> <p>Entry data dilakukan dalam 6 jenis form STP yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. STP RS Kabupaten Rawat Jalan tahun 2018 dan 2019 (45 Rumah Sakit di Jawa Timur) 2. STP RS Kabupaten Rawat Inap tahun 2018 dan 2019 (45 Rumah Sakit di Jawa Timur) 3. STP RS Sentinel Rawat Jalan tahun 2018 dan 2019 (45 Rumah Sakit di Jawa Timur) 4. STP RS Sentinel Rawat Inap tahun 2018 dan 2019 (45 Rumah Sakit di Jawa Timur)

		<p>5. STP Puskesmas Kabupaten tahun 2018 dan 2019 (38 Puskesmas di Jawa Timur)</p> <p>6. STP Puskesmas Sentinel tahun 2018 dan 2019 (38 Puskesmas di Jawa Timur)</p> <p>Data penyakit yang dimasukkan pada STP Rumah sakit sentinel maupun kabupaten, rawat jalan atau rawat inap sebanyak 49 jenis penyakit meliputi penyakit menular, penyakit tidak menular, kecelakaan, dan kesehatan jiwa. Sementara itu untuk STP Puskesmas Sentinel atau Kabupaten data penyakit yang dimasukkan sebanyak 27 jenis penyakit meliputi penyakit menular dan penyakit tidak menular.</p> 
5.	Senam Pagi	<p>Senam Pagi dilakukan pada Jum'at tanggal 9 Agustus, 16 Agustus, 23 Agustus, 30 Agustus, dan 5 September. Kegiatan senam pagi dilakukan pada jam 06.30 WIB, diikuti oleh staff wanita atau pun laki-laki Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan instruktur yang berbeda-beda setiap minggunya.</p> 
6.	Mengikuti Rapat Kunjungan DPRD Pacitan Mengenai KLB Hepatitis A di Pacitan	<p>Rapat dilakukan pada hari Rabu 14 Agustus 2019, yang diikuti oleh 16 peserta termasuk Kepala Bidang P2, Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi, pemegang program surveilans Difteri yang pada saat kejadian KLB Hepatitis turut dalam melakukan surveilans KLB Hepatitis A di Pacitan, anggota DPRD Pacitan dan Mahasiswa Magang. Rapat dimulai pada pukul 12.00 WIB setelah Sholat Dzuhur dan berakhir sekitar pukul 14.30 WIB.</p>

		
7.	Menyusun Laporan Magang	Menyusun laporan magang dilakukan mulai dilakukan pada hari Selasa 20 Agustus 2019 sampai dengan hari terakhir magang 5 September 2019. penyusunan laporan dilakukan di waktu senggang. laporan magang yang diambil mengenai Surveilans AFP dari tahun 2015 - 2018. Data Surveilans AFP diperoleh dari pemegang program Surveilans AFP Ibu Ani Suroiyah, SKM.
8.	Dinas Luar ke Puskesmas Ngasem Kota Kediri	Dinas Luar ke Puskesmas Ngasem Kota Kediri dilakukan selama sehari pada hari Kamis 29 Agustus 2019 bersama Bapak Hugeng Susanto, SKM., M.Si.. Kunjungan ini dilakukan untuk melacak laporan kasus Difteri dengan mencocokkan cakupan imunisasi di daerah tempat tinggal kasus difteri. Sebelum ke Puskesmas Ngasem terlebih dahulu mengunjungi Dinas Kesehatan Kota Kediri untuk memastikan lokasi Puskesmas yang di tuju. Berdasarkan analisa diduga kasus tersebut mengalami infeksi nosokomial saat dirawat di rumah sakit. 
9.	Supervisi Magang dari Pembimbing Departemen	Supervisi magang dilakukan dilakukan pada tanggal 30 Agustus 2019 oleh pembimbing departemen Dr. Lucia Yovita Hendrati, SKM., M.Kes. dihadiri oleh pemegang program Surveilans AFP ibu Ani Suroiyah, SKM. Supervisi magang membahas mengenai kegiatan apa saja yang telah dilakukan selama magang dan perkembangan laporan magang.
10.	Entry Data Kasus Suspek Difteri	Entry data dilakukan selama dua hari, dari hari Jum'at 30 Agustus dan Senin 2 September 2019. Entry data kasus

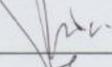
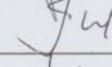
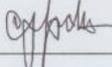
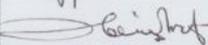
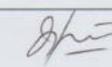
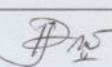
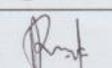
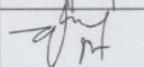
		Suspek Difteri dilakukan dengan cara membandingkan tiga <i>advice</i> dokter rujukan melalui <i>Whatsapp</i> mengenai pemberian Serum Difteri atau Eri dari bulan Januari - Agustus. Tujuan dilakukan perbandingan ini adalah untuk melihat dari ketiga Dokter rujukan tersebut siapa yang paling sering atau paling jarang memberikan Serum Difteri dan Eri.
11.	Konsultasi Laporan Magang	Konsultasi laporan magang dilakukan sebanyak 3 kali kepada pemegang program Surveilans AFP, yaitu pada hari Senin 2 September 2019, Rabu 4 September 2019, dan 5 september 2019.

Lampiran 13

DAFTAR HADIR SEMINAR LAPORAN MAGANG

Tanggal : 13 September 2019

Tempat : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

No	Nama	Institusi	Tanda tangan
1	Sutadi	Dinkes prov. Jatim	
2	LUGA YH	FKM UNAIR	
3	OTD HARTONO	Dinkes Provinsi Jatim	
4	SAIKU ROZI		
5	Nuhla Nuhbah H	FKM UNAIR	
6	Rahmawati Sinusi	FKM UNAIR	
7	Refno Widayati	FKM UNAIR	
8	Gracia Sutyawati P	FKM UNAIR	

Lampiran 14

KINERJA SURVEILANS AFP - MENURUT KABUPATEN/KOTA

JAWA_TIMUR
JANUARI-DESEMBER, 2015

Sumber DINKES JAWA TIMUR
Analisis s/d 16 Mei 2016

NO	PROVINSI	KASUS AFP < 15 TAHUN				SPESIMEN				KU 60 HARI (%)	KLASIFIKASI ¹⁾				PENDING			KELENGKAPAN LAPORAN (%)				
		JUMLAH MINIMAL	JUMLAH DATA DITERIMA	JUMLAH KASUS AFP	TOTAL AFP RATE (2/100.000)	NP AFP RATE (2/100.000)	KASUS AFP DG. HASIL LABORATORIUM	2 SPESIMEN <= 14 HARI LUMPUH (%)	MEMENUHI SYARAT (%)		SPESIMEN ADEKUAT (%)	POLIO (VPL-)	POLIO KOMPATIBEL	BUKAN POLIO	VDPV	PENDING ²⁾	> 90 HARI LUMPUH	BELUM KU 60 HARI	BELUM BAHAS AHLI	KABKOTA	RS	PUSKESMAS
1	GRESIK	7	7	7	1,75	1,75	6	85,7	100	100	71,4	0	0	7	0	1	1	0	0			
2	SIDOARJO	11	9	9	1,50	1,50	5	55,5	100	100	100	0	0	9	0	0	0	4	0			
3	MOJOKERTO	6	20	20	6,67	4,67	14	70	100	100	80	0	0	14	0	6	4	2	0			
4	JOMBANG	7	4	4	1,00	1,00	2	50	100	50	100	0	0	4	0	0	0	0	0			
5	BOJONEGORO	7	9	9	2,25	2,00	9	77,7	100	77,7	77,7	0	0	8	0	1	0	1	0			
6	TUBAN	6	5	5	1,67	1,67	4	80	100	100	20	0	0	5	0	0	1	0	0			
7	LAMONGAN	6	7	7	2,33	2,33	6	85,7	100	100	85,7	0	0	7	0	0	1	0	0			
8	MADIUN	4	4	4	2,00	2,00	2	50	100	100	75	0	0	4	0	0	1	1	0			
9	NGAWI	5	2	2	1,00	1,00	1	50	100	100	100	0	0	2	0	0	0	1	0			
10	MAGETAN	4	5	5	2,50	2,50	5	100	100	100	80	0	0	5	0	0	0	0	0			
11	PONOROGO	5	3	3	1,50	1,50	3	66,6	100	66,6	100	0	0	3	0	0	0	0	0			
12	PACITAN	3	6	6	6,00	6,00	5	80	100	80	80	0	0	6	0	0	0	0	0			
13	KEDIRI	8	8	7	1,75	1,75	7	100	100	100	100	0	0	7	0	0	0	0	0			
14	NGANJUK	6	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
15	BLITAR	6	4	4	1,33	1,33	3	75	100	100	0	0	0	4	0	0	1	0	0			
16	TULUNGAGUNG	6	5	5	1,67	1,67	5	100	80	80	33,3	0	0	5	0	0	1	0	0			
17	TRENGGALEK	4	12	12	6,00	6,00	11	91,6	90,9	90,9	100	0	0	12	0	0	0	1	0			
18	MALANG	12	1	1	0,17	0,17	1	100	100	100	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
19	PASURUAN	8	1	1	0,25	0,25	1	100	100	100	100	0	0	1	0	0	0	0	0			
20	PROBOLINGGO	6	4	4	1,33	0,67	2	100	100	100	0	0	0	2	0	0	0	0	0			
21	LUMAJANG	6	2	2	0,67	0,67	2	100	50	50	100	0	0	2	0	0	0	0	0			
22	BONDOWOSO	4	5	5	2,50	2,50	5	100	100	100	80	0	0	5	0	0	0	0	0			
23	SITUBONDO	4	5	5	2,50	2,50	4	80	75	75	80	0	0	5	0	0	0	1	0			
24	JEMBER	13	14	14	2,00	2,00	11	84,6	100	100	72,7	0	0	14	0	0	1	1	0			
25	BANYUWANGI	8	2	2	0,50	0,50	2	50	50	50	50	0	0	2	0	0	0	0	0			
26	PAMEKASAN	4	2	2	1,00	0,50	2	100	50	50	0	0	0	1	0	1	1	0	0			
27	SAMPANG	6	15	15	5,00	4,67	13	86,6	92,3	92,3	66,6	0	0	14	0	1	2	0	0			
28	SUMENEP	5	1	1	0,50	0,50	1	100	100	100	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
29	BANGKALAN	5	3	3	1,50	1,50	2	66,6	100	100	0	0	0	3	0	0	1	0	0			
30	KOTA_SURABAYA	16	4	4	0,50	0,50	4	100	100	100	0	0	0	4	0	0	0	0	0			
31	KOTA_MADIUN	2	2	2	2,00	2,00	1	50	100	100	0	0	0	2	0	0	1	0	0			
32	KOTA_PROBOLINGGO	2	1	1	1,00	1,00	1	100	100	100	100	0	0	1	0	0	0	0	0			
33	KOTA_BLITAR	2	1	1	1,00	1,00	1	100	100	100	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
34	KOTA_KEDIRI	2	1	1	1,00	1,00	1	100	100	100	100	0	0	1	0	0	0	0	0			
35	KOTA_MOJOKERTO	2	1	1	1,00	1,00	1	100	100	100	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
36	KOTA_MALANG	4	1	1	0,50	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0			
37	KOTA_PASURUAN	2	1	1	1,00	1,00	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0			
38	KOTA BATU	2	4	4	4,00	4,00	4	75	100	75	75	0	0	4	0	0	0	0	0			
	PROPINSI	216	181	180	1,67	1,56	147	80,4	95,2	90,5	85,6	0	0	168	0	17	12	0	0			

■ NP AFP Rate >= 2, Spes Adekuat > 80% ■ NP AFP Rate < 2, Spes Adekuat >= 80%
■ NP AFP Rate >= 2, Spes Adekuat < 80% ■ NP AFP Rate < 2, Spes Adekuat < 80%

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Lampiran 15

KINERJA SURVEILANS AFP - MENURUT KABUPATEN/KOTA

Minggu ke-52

Refesi

JAWA TIMUR
JANUARI-DESEMBER, 2016

Sumber DINKES JAWA TIMUR
Analisis s/d 5 Mei 2017

NO	PROVINSI	KASUS AFP < 15 TAHUN				SPESIMEN				KLASIFIKASI ¹⁾				PENDING		KELENGKAPAN LAPORAN (%)						
		JUMLAH MINIMAL	JUMLAH DATA DITERIMA	JUMLAH KASUS AFP	TOTAL AFP RATE (2/100.000)	NP AFP RATE (2/100.000)	KASUS AFP DG HASIL LABORAT ORUM	2 SPESIMEN <= 4 HARI LUMPUIH (%)	MEMENUHI SYARAT (%)	SPESIMEN ADEKUAT (%)	KU 60 HARI (%)	POLIO (WPL+)	BUKAN POLIO	KDPV	PENDING ²⁾	> 60 HARI LUMPUIH	BELUM KU 60 HARI	BELUM BAHAS AHLI	KAB/KOTA	RS	PUSKESMAS	
1	GRESIK	7	7	7	1,75	1,50	6	100	100	100	71	0	0	6	0	1	1	1	0	100	100	100
2	SIDOARJO	11	12	12	2,00	2,00	10	100	100	100	100	0	0	12	0	0	0	0	0	100	100	100
3	MOJOKERTO	6	4	4	1,33	1,33	4	100	100	100	75	0	0	4	0	0	1	0	0	100	100	100
4	JOMBANG	7	2	2	0,50	0,50	2	50	50	100	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8,33
5	BOJONEGORO	7	5	5	1,25	1,00	4	50	50	80	0	0	4	0	1	0	1	0	100	100	100	
6	TUBAN	6	2	1	0,33	0,33	1	100	100	100	0	0	0	1	0	0	1	0	0	100	100	100
7	LAMONGAN	6	7	7	2,33	1,67	5	100	100	100	40	0	0	5	0	2	1	0	100	100	100	
8	MADIUN	4	1	1	0,50	0,50	1	100	100	100	100	0	0	1	0	0	0	0	0	100	100	100
9	NGAWI	5	2	2	1,00	1,00	2	100	100	100	100	0	0	2	0	0	0	0	0	50	50	50
10	MAGETAN	4	9	9	4,50	4,50	9	100	100	100	78	0	0	9	0	0	0	2	0	100	100	100
11	PONOROGO	5	4	4	2,00	2,00	2	100	100	100	75	0	0	4	0	0	1	0	0	100	100	100
12	PACITAN	3	3	3	3,00	3,00	2	100	100	100	100	0	0	3	0	0	0	0	0	100	100	100
13	KEDIRI	8	7	7	1,75	1,75	6	83,3	100	83,3	100	0	0	7	0	0	0	0	0	100	100	83,3
14	NGANJUK	6	4	4	1,33	0,67	3	66,6	66,6	66,6	0	0	0	2	0	2	3	1	0	100	100	100
15	BLITAR	6	5	5	1,67	1,33	4	50	50	25	80	0	0	4	0	1	0	1	0	100	100	100
16	TULUNGAGUNG	6	12	12	4,00	4,00	12	91,7	100	91,7	58	0	0	12	0	0	4	1	0	100	100	100
17	TRENGGALEK	4	3	3	1,50	1,50	3	100	100	100	0	0	0	3	0	0	3	0	0	100	100	100
18	MALANG	12	3	3	0,50	0,50	3	100	100	100	100	0	0	3	0	0	0	0	0	100	100	100
19	PASURUAN	8	4	4	1,00	0,75	3	66,6	100	66,6	50	0	0	3	0	1	2	0	0	100	100	100
20	PROBOLINGGO	6	5	5	1,67	1,67	5	40	60	66,6	80	0	0	5	0	0	1	0	0	100	100	100
21	LUMAJANG	6	5	5	1,67	1,67	4	100	100	100	100	0	0	5	0	0	0	0	0	100	100	100
22	BONDOWOSO	4	6	6	3,00	3,00	5	100	50	50	100	0	0	6	0	0	0	0	0	100	100	100
23	SITUBONDO	4	6	6	3,00	2,50	4	80	75	75	83	0	0	5	0	1	0	1	0	100	100	100
24	JEMBER	13	18	18	2,57	2,43	16	100	100	100	89	0	0	17	0	1	2	0	0	100	100	100
25	BANYUWANGI	8	5	5	1,25	1,25	5	100	100	60	0	0	5	0	0	0	2	0	0	100	100	100
26	PAMEKASAN	4	1	1	0,50	0,50	0	0	0	0	100	0	0	1	0	0	0	0	0	100	100	100
27	SAMPANG	6	8	8	2,67	2,67	8	100	100	100	100	0	0	8	0	0	0	0	0	100	100	100
28	SUMENEP	5	10	10	5,00	5,00	10	87,5	100	87,5	80	0	0	10	0	0	0	2	0	91,7	92	91,7
29	BANGKALAN	5	3	3	1,50	1,00	3	66,6	100	66,6	33	0	0	2	0	1	1	1	0	91,7	91,7	91,7
30	KOTA SURABAYA	16	8	8	1,00	0,75	6	100	100	100	0	0	0	6	0	0	6	0	0	100	100	100
31	KOTA MADIUN	2	1	1	1,00	0,00	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	83,3	83,3	83,3
32	KOTA PROBOLINGGO	2	1	1	1,00	1,00	1	100	100	100	0	0	0	1	0	0	0	1	0	100	100	100
33	KOTA BLITAR	2	3	3	3,00	3,00	2	100	100	100	100	0	0	3	0	0	0	0	0	100	100	100
34	KOTA KEDIRI	2	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100
35	KOTA MOJOKERTO	2	4	4	4,00	4,00	4	100	100	100	100	0	0	4	0	0	0	0	0	100	100	100
36	KOTA MALANG	4	1	1	0,50	0,50	1	100	0	0	100	0	0	1	0	0	0	0	0	100	100	100
37	KOTA PASURUAN	2	3	3	3,00	2,00	1	100	100	100	67	0	0	2	0	1	1	0	0	100	100	100
38	KOTA BATU	2	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83,3	83	83,3
	PROVINSI	216	184	183	1,69	1,56	158	96,1	98,8	88,3	73	0	0	168	0	11	30	15	0	98,8	98,8	98,8

BAIK : NP AFP Rate ≥ 2, SPES ADK ≥ 80% 26,3%
 KURANG : NP AFP Rate < 2, SPES ADK ≥ 80% 31,6%
 SEDANG : NP AFP Rate ≥ 2, SPES ADK < 80% ###
 SANGAT KURANG : NP AFP Rate < 2, SPES ADK < 80% + KAB/KOTA BLM MENEMUKAN KASUS (38,6%)

KINERJA SURVEILANS AFP - MENURUT KABUPATEN/KOTA

Minggu ke-52

JAWA TIMUR
JANUARI-DES 2017

Sumber DINKES JAWA TIMUR
Analisis s/d 21 Februari 2018

NO	PROVINSI	KASUS AFP < 15 TAHUN					SPESIMEN					KLASIFIKASI ¹⁾					PENDING			KELENGKAPAN LAPORAN (%)		
		JUMLAH MINIMAL	JUMLAH DATA DITERIMA	JUMLAH KASUS AFP	TOTAL AFP RATE (2/100.000)	Non-POLIO AFP RATE (2/100.000)	KASUS AFP DG. HASIL LABORATORIUM	2 SPESIMEN <= 14 HARI LUMPUH (%)	MEMENUHI SYARAT (%)	SPESIMEN ADEKUAT (%)	KU 60 HARI (%)	POLIO (VPL+)	POLIO KOMPATIBEL	BUKAN POLIO	VDPV	PENDING ²⁾	> 90 HARI LUMPUH	BELUM KU 60 HARI	BELUM BAHAS AHLI	KABKOTA	RS	PUSKESMAS
1	GRESIK	7	34	34	5,67	6,25	23	50	100	65,3	97	0	0	25	0	9	9	1	8	88,0	###	88,0
2	SIDOARJO	11	25	25	4,17	3,17	19	60	100	71,4	40	0	0	19	0	9	9	8	1	75,0	###	75,0
3	MOJOKERTO	6	22	21	7,00	4,67	15	78,9	93,2	87,5	0	0	0	14	0	5	5	5	0	72,0	###	72,0
4	JOMBANG	7	8	8	2,00	1,00	5	50	80	57,1	12,5	0	0	4	0	4	4	4	0	87,0	###	87,0
5	BOJONEGORO	7	3	3	0,75	0,75	2	66,5	100	66,6	100	0	0	3	0	0	0	0	0	37,0	###	37,0
6	TUBAN	6	6	6	2,00	1,00	3	50	100	75	0	0	0	3	0	3	3	3	0	40,0	###	40,0
7	LAMONGAN	6	8	8	2,67	2,00	3	25	100	28,5	75	0	0	6	0	2	2	0	2	52,0	###	52,0
8	MADIUN	4	6	6	3,00	2,00	1	16	100	25	66,6	0	0	4	0	2	2	1	1	47,0	###	47,0
9	NGAWI	5	10	10	5,00	2,50	9	50	77,7	55,5	10	0	0	5	0	5	4	5	0	88,8	###	88,8
10	MAGETAN	4	8	8	4,00	4,00	8	100	100	100	100	0	0	8	0	0	0	0	0	45,0	###	45,0
11	PONOROGO	5	7	7	3,50	1,50	4	50	100	75	0	0	0	3	0	3	3	3	0	33,3	###	33,3
12	PACITAN	3	5	5	5,00	4,00	4	80	100	100	100	0	0	4	0	1	1	0	1	27,0	###	27,0
13	KEDIRI	8	6	6	1,50	1,48	5	83,2	100	100	0	0	0	5	0	1	1	1	0	80,0	###	80,0
14	NGANJUK	6	4	4	1,33	0,79	4	50	100	50	0	0	0	2	0	2	2	2	0	78,0	###	78,0
15	BLITAR	6	7	7	2,33	1,58	5	57,1	80	66,6	42,8	0	0	4	0	3	3	2	1	55,0	###	55,0
16	TULUNGAGUNG	6	8	8	2,67	2,76	7	100	100	100	0	0	0	7	0	5	5	5	0	47,0	###	47,0
17	TRENGGALEK	4	4	4	2,00	2,00	4	100	100	100	100	0	0	4	0	0	0	0	0	50,0	###	50,0
18	MALANG	12	8	8	1,33	0,79	7	57,1	100	66,6	0	0	0	4	0	3	3	3	0	55,0	###	55,0
19	PASURUAN	8	9	8	2,00	0,30	6	12,5	33,2	12,5	0	0	0	1	0	7	7	7	0	78,0	###	78,0
20	PROBOLINGGO	6	4	4	1,33	1,18	2	33,2	100	33,3	33,3	0	0	3	0	0	0	0	0	50,0	###	50,0
21	LUMAJANG	6	12	12	4,00	3,55	10	75	80	75	91,6	0	0	9	0	3	3	1	2	33,7	###	33,7
22	BONDOWOSO	4	13	13	6,50	7,09	12	100	100	100	0	0	0	12	0	1	0	0	0	80,0	###	80,0
23	SITUBONDO	4	5	5	2,50	2,95	5	100	100	100	0	0	0	5	0	0	5	0	0	50,0	###	50,0
24	JEMBER	13	15	15	2,14	2,53	11	73,2	100	91,6	20	0	0	15	0	4	4	4	0	75,0	75	75,0
25	BANYUWANGI	8	9	9	2,25	1,18	6	44,3	83,2	66,6	11,1	0	0	4	0	5	5	4	1	56,0	###	56,0
26	PAMEKASAN	4	3	3	1,50	0,59	2	33,2	100	33,3	0	0	0	1	0	2	2	2	0	25,0	###	25,0
27	SAMPANG	6	6	6	2,00	1,58	4	66,5	100	80	0	0	0	4	0	2	2	2	0	66,6	66,6	66,6
28	SUMENEP	5	11	11	5,50	5,32	11	63,6	100	63,6	45,4	0	0	9	0	2	2	2	0	75,0	###	75,0
29	BANGKALAN	5	10	10	5,00	1,18	4	20	100	20	10	0	0	2	0	8	7	8	0	90,0	###	90,0
30	KOTA SURABAYA	16	25	25	3,13	1,82	20	56	95	56,5	0	0	0	13	0	12	11	12	0	75,0	###	75,0
31	KOTA MADIUN	2	2	2	2,00	0,00	1	0	100	0	50	0	0	0	0	2	2	1	1	75,0	###	75,0
32	KOTA PROBOLINGGO	2	2	2	2,00	1,18	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	66,7	66,7	66,7
33	KOTA KEDIRI	2	5	5	5,00	5,91	5	100	100	100	100	0	0	5	0	0	0	0	0	50,0	###	50,0
34	KOTA KEDIRI	2	2	2	2,00	1,18	1	0	100	0	50	0	0	1	0	1	0	0	0	55,0	###	55,0
35	KOTA MOJOKERTO	2	3	2	2,00	3,55	3	50	100	50	0	0	0	3	0	0	0	0	0	60,0	###	60,0
36	KOTA MALANG	4	2	2	1,00	1,18	2	50	100	50	100	0	0	2	0	0	0	0	0	77,0	###	77,0
37	KOTA PASURUAN	2	3	3	3,00	2,36	2	66,5	100	100	100	0	0	2	0	1	0	0	1	75,0	###	75,0
38	KOTA BATU	2	4	4	4,00	3,55	3	100	100	100	0	0	0	3	0	1	0	0	0	88,0	###	88,0
	PROVINSI	216	324	321	2,97	2,03	239	94,3	100	94,3	4,54	0	0	219	0	109	106	86	19	18,0	13	18,0

■ BAIK : NP AFP Rate ≥ 2, SPES ADK ≥ 80%
 13,15%

■ KURANG : NP AFP Rate < 2, SPES ADK ≥ 80%
 23,68%

■ SEDANG : NP AFP Rate ≥ 2, SPES ADK < 80%

■ SANGAT KURANG : NP AFP Rate < 2,
 SPES ADK < 80%, + KAB./KOTA BLM
 MENEMUKAN KASUS 63,15%

Lampiran 17

KINERJA SURVEILANS AFP - MENURUT KABUPATEN/KOTA

Minggu ke-52

JAWA_TIMUR
JANUARI-DESEMBER 2018

Sumber DINKES JAWA TIMUR
Analisis s/d 7 Agustus 2019

NO	PROVINSI	KASUS AFP<15 TAHUN				SPESIMEN				KLASIFIKASI ¹⁾				PENDING			KELENGKAPAN LAPORAN (%)					
		JUMLAH MINIMAL	JUMLAH DATA DITERIMA	JUMLAH KASUS AFP	TOTAL AFP RATE (2/100.000)	NP:POLIO AFP RATE (2/100.000)	KASUS AFP DG. HASIL LABORATORIUM	2 SPESIMEN <=14 HARI LUMPUH (%)	MEMENUHI SYARAT (%)	SPESIMEN ADEKUAT (%)	KU 60 HARI (%)	POLIO (VPL+)	POLIO KOMPATIBEL	BUKAN POLIO	VDPV	PENDING ²⁾	> 90 HARI LUMPUH	BELUM KU 60 HARI	BELUM BAHAS AHLI	KAB/KOTA	RS	PUSKESMAS
1	GRESIK	7	18	18	4,50	4,50	17	52,9	100	52,9	100	0	0	18	0	0	1	3	0	0,0	0,0	0,0
2	SIDOARJO	11	20	20	3,33	3,33	17	65	100	65	100	0	0	20	0	0	0	0	0	###	100,0	###
3	MOJOKERTO	6	20	20	6,67	4,33	11	100	100	100	0	0	0	13	0	7	0	0	0	0,0	0,0	0,0
4	JOMBANG	7	10	10	2,50	2,50	8	62,5	80	62,5	100	0	0	10	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
5	BOJONEGORO	7	3	3	0,75	0,75	1	50	100	50	33,3	0	0	3	0	0	0	0	0	75,0	0,0	75,0
6	TUBAN	6	3	3	1,00	1,00	3	66,5	100	66,6	100	0	0	3	0	0	1	1	0	75,0	75,0	75,0
7	LAMONGAN	6	9	9	3,00	3,00	3	83,3	100	83,3	100	0	0	9	0	0	2	2	0	0,0	0,0	0,0
8	MADIUN	3	4	4	2,67	2,67	2	66,6	33,3	33,3	33,3	0	0	4	0	0	0	0	0	50,0	50,0	50,0
9	NGAWI	5	5	5	2,50	1,50	4	80	100	80	0	0	0	3	0	2	1	1	0	75,0	75,0	75,0
10	MAGETAN	4	4	4	2,00	1,50	1	100	100	100	100	0	0	3	0	1	0	0	0	33,3	33,3	33,3
11	PONOROGO	5	1	1	0,50	0,50	1	100	100	100	100	0	0	1	0	0	0	0	0	25,0	25,0	25,0
12	PACITAN	3	2	2	2,00	2,00	2	100	100	100	100	0	0	2	0	0	0	0	0	58,3	58,3	58,3
13	KEDIRI	8	4	4	1,00	1,00	4	75	100	75	100	0	0	4	0	0	0	0	0	75,0	75,0	75,0
14	NGANJUK	6	6	6	2,00	2,00	3	66,6	100	66,6	66,6	0	0	6	0	0	1	1	0	33,3	33,3	33,3
15	BLITAR	6	6	6	2,00	2,00	5	66,7	100	66,7	100	0	0	6	0	0	1	0	0	0,0	0,0	0,0
16	TULUNGAGUNG	6	7	7	2,33	2,33	4	100	100	100	71,4	0	0	7	0	0	1	1	0	25,0	25,0	25,0
17	TRENGGALEK	4	5	5	2,50	2,50	4	60	100	60	100	0	0	5	0	0	0	0	0	41,7	41,7	41,7
18	MALANG	12	6	6	1,00	1,00	3	66,6	100	66,6	100	0	0	6	0	0	0	0	0	66,7	66,7	66,7
19	PASURUAN	8	14	14	3,50	2,25	10	42,8	80	42,8	92,8	0	0	9	0	5	3	4	0	75,0	75,0	75,0
20	PROBOLINGGO	6	2	1	0,33	0,33	2	100	50	50	100	0	0	1	0	1	1	0	0	0,0	0,0	0,0
21	LUMAJANG	6	4	4	1,33	1,00	3	50	100	50	100	0	0	3	0	1	2	2	0	75,0	75,0	75,0
22	BONDOWOSO	4	5	5	2,50	2,50	4	100	75	75	80	0	0	5	0	0	0	1	0	75,0	75,0	75,0
23	SITUBONDO	4	5	4	2,00	2,00	4	100	100	100	100	0	0	4	0	0	0	0	0	75,0	75,0	75,0
24	JEMBER	13	13	13	1,86	1,86	10	75	100	75	83,3	0	0	13	0	0	2	2	0	###	100,0	###
25	BANYUWANGI	8	7	7	1,75	1,75	4	50	100	50	100	0	0	7	0	0	3	3	0	75,0	75,0	75,0
26	PAMEKASAN	4	1	1	0,50	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,0	0,0	0,0
27	SAMPANG	6	3	3	1,00	1,00	3	50	50	50	100	0	0	3	0	0	0	0	0	75,0	75,0	75,0
28	SUMENEP	5	11	11	5,50	5,50	9	87,5	100	87,5	45,4	0	0	11	0	0	1	1	0	0,0	0,0	0,0
29	BANGKALAN	5	7	7	3,50	1,50	1	100	100	100	57,1	0	0	3	0	4	2	2	0	75,0	75,0	75,0
30	KOTA_SURABAYA	16	15	15	1,88	1,75	14	46,6	73,3	46,6	100	0	0	14	0	1	0	0	0	###	100,0	###
31	KOTA_MADIUN	2	3	3	3,00	3,00	3	66,6	66,6	66,6	66,6	0	0	3	0	0	0	0	0	###	100,0	###
32	KOTA_PROBOLINGGO	2	4	4	4,00	4,00	3	50	100	50	100	0	0	4	0	0	0	0	0	75,0	75,0	75,0
33	KOTA_BLITAR	2	3	3	3,00	3,00	1	100	100	100	100	0	0	3	0	0	1	0	1	0,0	0,0	0,0
34	KOTA_KEDIRI	2	3	3	3,00	2,00	3	33,3	100	33,3	66,6	0	0	2	0	1	0	0	0	0,0	0,0	0,0
35	KOTA_MOJOKERTO	2	0	0	0,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
36	KOTA_MALANG	4	3	3	1,50	1,50	3	66,7	100	66,7	100	0	0	3	0	0	2	2	0	75,0	75,0	75,0
37	KOTA_PASURUAN	2	7	7	7,00	6,00	3	57,1	57,1	57,1	100	0	0	6	0	1	1	0	1	###	100,0	###
38	KOTA BATU	2	2	2	2,00	2,00	2	100	100	100	100	0	0	2	0	0	0	0	0	75,0	75,0	75,0
	PROVINSI	216	245	243	2,26	2,04	175	56,7	88,5	57,8	79,1	0	0	219	0	25	26	2	2	53,1	53,1	53,1

BAIK : NP AFP Rate ≥ 2, SPES ADK ≥ 80%
 KURANG : NP AFP Rate < 2, SPES ADK ≥ 80%

CUKUP : NP AFP Rate ≥ 2, SPES ADK < 80%
 SANGAT KURANG : NP AFP Rate < 2, SPES ADK < 80%, + KAB./KOTA BLM MENEMUKAN KASUS 63.16%

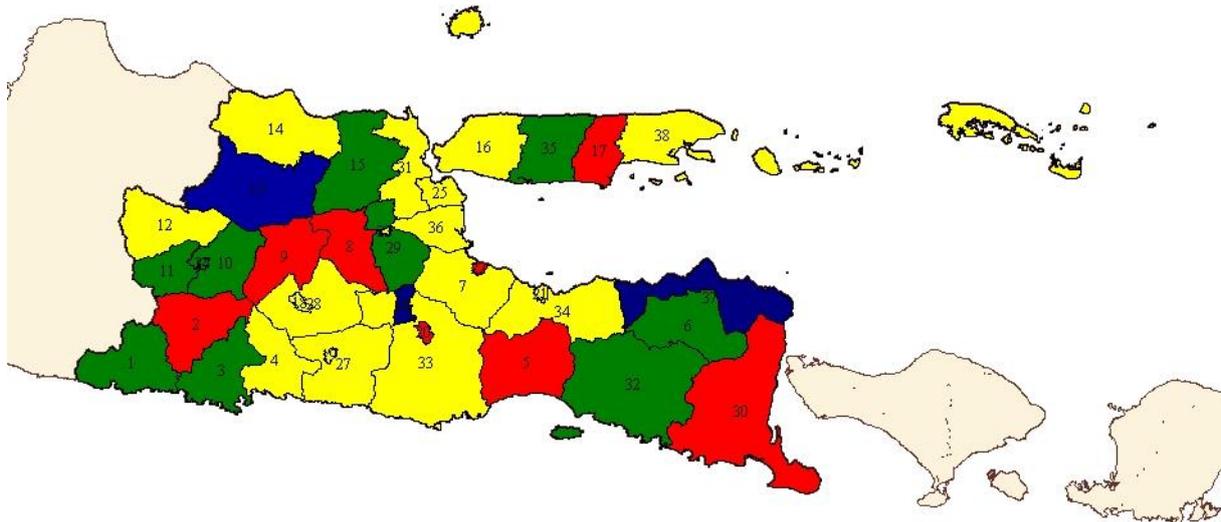
Lampiran 18

KASUS AFP MENURUT BULAN KELUMPuhan TAHUN 2015 - 2018

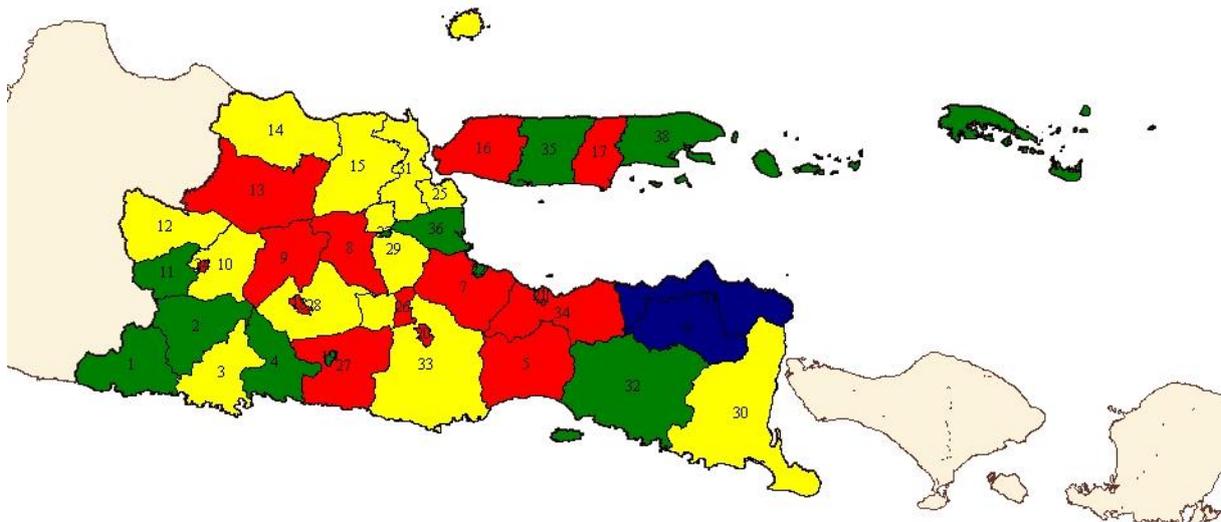
	JAN	PEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGT	SEP	OKT	NOV	DES	TOTAL
Tahun 2015	38	25	18	19	11	12	6	14	10	8	4	15	180
Tahun 2016	17	13	35	22	17	15	13	14	4	8	13	12	183
Tahun 2017	41	16	10	21	11	11	9	20	7	50	87	38	321
Tahun 2018	31	22	27	22	13	15	10	11	16	37	26	14	244

Lampiran 19

Peta Distribusi Kinerja Surveilans AFP Berdasarkan Kabupaten/ kota di Jawa Timur Tahun 2015

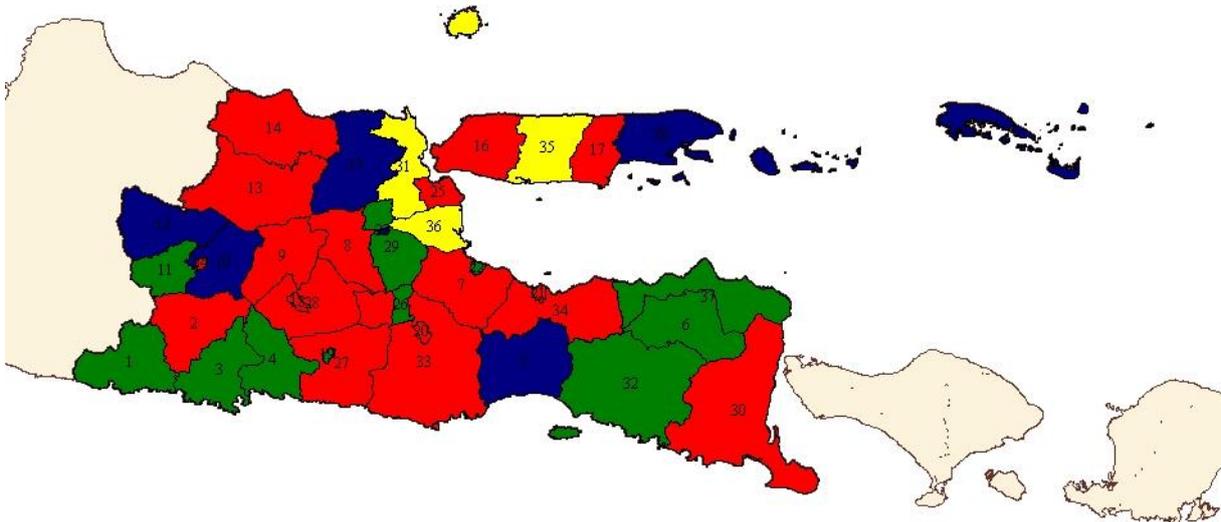


Peta Distribusi Kinerja Surveilans AFP Berdasarkan Kabupaten/ kota di Jawa Timur Tahun 2016

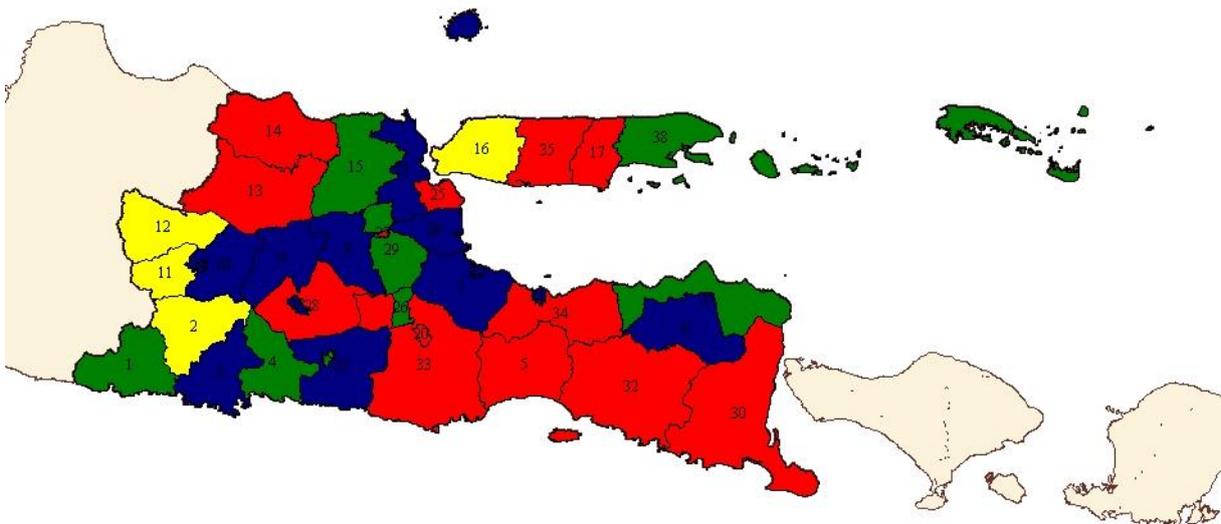


Lampiran 20

Peta Distribusi Kinerja Surveilans AFP Berdasarkan Kabupaten/ kota di Jawa Timur Tahun 2017



Peta Distribusi Kinerja Surveilans AFP Berdasarkan Kabupaten/ kota di Jawa Timur Tahun 2018



Lampiran 21

Kabupaten/ Kota Pada Peta	Kode Kab/ Kota
PACITAN	1
PONOROGO	2
TRENGGALEK	3
TULUNGAGUNG	4
LUMAJANG	5
BONDOWOSO	6
PASURUAN	7
JOMBANG	8
NGANJUK	9
MADIUN	10
MAGETAN	11
NGAWI	12
BOJONEGORO	13
TUBAN	14
LAMONGAN	15
BANGKALAN	16
PAMEKASAN	17
BLITAR	18
KOTA KEDIRI	18
KOTA BLITAR	19
KOTA MALANG	20
KOTA PROBOLINGGO	21
KOTA PASURUAN	22
KOTA MOJOKERTO	23
KOTA MADIUN	24
KOTA SURABAYA	25
KOTA BATU	26
KEDIRI	28
MOJOKERTO	29
BANYUWANGI	30
GRESIK	31
JEMBER	32
MALANG	33
PROBOLINGGO	34
SAMPANG	35
SIDOARJO	36
SITUBONDO	37
SUMENEP	38

