

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

**GAMBARAN PELAKSANAAN PROGRAM IMUNISASI DASAR LENGKAP
TAHUN 2018 DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**



Oleh :

**DWI RISMAYANTI WIGRHADITA
NIM. 101511133003**

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

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

Disusun Oleh:

DWI RISMAYANTI WIGRHADITA

NIM. 101511133003

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

28 Februari 2019

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes
NIP 196811021998022001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur,

28 Februari 2019

Suradi, S.KM., M.Kes
NIP. 196303111986031024

Mengetahui
Ketua Departemen Epidemiologi,

28 Februari 2019

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes
NIP 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga laporan magang dengan judul “Gambaran Pelaksanaan Program Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2018 di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur” dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu sebagai salah satu prasyarat akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan magang ini mendeskripsikan tentang pelaksanaan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan oleh petugas di seksi Surveilans dan Imunisasi.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi sekaligus dosen pembimbing magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
3. Gito Hartono, S.KM., M.Kes selaku Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi yang secara terbuka mendukung pelaksanaan magang,
4. Suradi S.KM., M.Kes selaku pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah membimbing selama pelaksanaan magang,
5. Hugeng Susanto, S.KM., M.Si., Anik Suroiyah, S.KM., Wahyu Wulandari, S.KM., M.Kes., dr. Retty Yosephine Sipahutar, Wiwien P, S.KM., M.Kes dan anggota lainnya di Seksi Surveilans dan Imunisasi yang turut membantu dalam menyelesaikan laporan magang.
6. Teman-teman magang di Seksi Surveilans dan Imunisasi yang saling mendukung dalam pelaksanaan hingga akhir penyusunan laporan magang.

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

Surabaya, 28 Februari 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat.....	4
1.3.1 Bagi Mahasiswa.....	4
1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat.....	4
1.3.3 Bagi Instansi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Imunisasi	5
2.1.1 Pengertian Imunisasi	5
2.1.2 Tujuan Imunisasi	5
2.1.3 Jenis Imunisasi	7
2.2 Imunisasi Dasar Lengkap.....	8
2.3 Program Imunisasi di Indonesia.....	11
2.3.1 Landasan Hukum Imunisasi	11
2.3.2 Target Imunisasi	12
2.3.3 Indikator Program Imunisasi	12
2.4 Penentuan Prioritas Masalah	12
2.4.1 Definisi Penentuan Prioritas.....	12
2.4.2 Metode CARL	13
2.5 Analisis Penyebab Masalah dengan Metode Fishbone	14
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	16
3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang	16
3.1.1 Lokasi Magang	16
3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang.....	16
3.2 Metode Pelaksanaan Magang.....	16
3.3 Teknik Pengumpulan Data.....	17
3.4 Analisis Data	18
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	20
4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	20
4.1.1 Visi, Misi, Tujuan dan Struktur Organisasi Dinas	

Kesehatan Provinsi Jawa Timur	21
4.1.2 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	22
4.1.3 Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	24
4.2 Deskripsi Kegiatan Program Imunisasi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	25
4.3 Gambaran Capaian Program Imunisasi Dasar di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	28
4.4 Gambaran Pelaksanaan Pemantauan dan Evaluasi Program Imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	39
4.5 Identifikasi Masalah terhadap Pelaksanaan Program Imunisasi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	41
4.6 Prioritas Masalah terhadap Pelaksanaan Program Imunisasi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	48
4.7 Penyebab Masalah terhadap Pelaksanaan Program Imunisasi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	49
4.8 Alternatif Solusi terhadap Pelaksanaan Program Imunisasi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	53
4.9 Kegiatan Selama Magang Di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	55
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	57
5.1 Kesimpulan.....	57
5.2 Saran	57
DAFTAR PUSTAKA	59
LAMPIRAN	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema Sistem Kekebalan.....	6
Gambar 4.1 Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur....	20
Gambar 4.2 Bagan Struktur Organisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	22
Gambar 4.3 Bagan Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	24
Gambar 4.4 <i>Trend</i> Cakupan Imunisasi Hepatitis B (HB 0) Pada Bayi Tahun 2018.....	28
Gambar 4.5 Perbandingan Cakupan Imunisasi Hepatitis B (HB 0) Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI.....	29
Gambar 4.6 <i>Trend</i> Cakupan Imunisasi BCG Pada Bayi Tahun 2016-2018.....	29
Gambar 4.7 Perbandingan Cakupan Imunisasi BCG Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI.....	30
Gambar 4.8 <i>Trend</i> Cakupan Imunisasi Polio Pada Bayi Tahun 2016-2018.....	30
Gambar 4.9 Perbandingan Cakupan Imunisasi Polio Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI.....	31
Gambar 4.10 <i>Trend</i> Cakupan Imunisasi DPT/HB/Hib Pada Bayi Tahun 2016-2018.....	32
Gambar 4.11 Perbandingan Cakupan Imunisasi Polio Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI.....	33
Gambar 4.12 <i>Trend</i> Cakupan Imunisasi Campak Rubela (MR) Pada Bayi Tahun 2016-2018.....	33
Gambar 4.13 Perbandingan Cakupan Imunisasi MR Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI.....	34
Gambar 4.14 <i>Trend</i> Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Tahun 2016-2018.....	34
Gambar 4.15 Perbandingan Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018 dan Target RPJMN.....	35
Gambar 4.16 Perbandingan Cakupan Jenis Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2016-2018 dan Target RPJMN.....	36
Gambar 4.17 Cakupan Status Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2016.....	37
Gambar 4.18 Cakupan Status Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2017.....	38
Gambar 4.19 Cakupan Status Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2018.....	38
Gambar 4.20 Tampilan PWS Berbasis <i>Online</i>	40
Gambar 4.21 Kasus Difteri di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018.....	42
Gambar 4.22 Distribusi Total Kasus Difteri Berdasarkan Pemberian ADS.....	42
Gambar 4.23 Distribusi Total Kasus Difteri Berdasarkan Usia.....	43
Gambar 4.24 Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018.....	43
Gambar 4.25 Distribusi Status Booster Berdasarkan Usia.....	44
Gambar 4.26 Pemerataan Imunisasi Dasar Berdasarkan Target UCI.....	45
Gambar 4.27 Presentase Akurasi Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017	46
Gambar 4.24 Fishbone Penurunan Cakupan IDL Rutin Pada Bayi.....	47

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Indikator Program Imunisasi.....	12
Tabel 2.2 Skor Metode CARL.....	14
Tabel 2.3 Matriks Metode CARL	14
Tabel 3.1 Timeline Kegiatan Magang.....	16
Tabel 3.2 Tahapan dan Metode Analisis Data.....	18
Tabel 4.1 Data DQS Beberapa Wilayah di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017....	46
Tabel 4.2 Cakupan Imunisasi Dasar Puskesmas Balowerti Bulan Januari Tahun 2017.....	47
Tabel 4.3 Laporan Ketersediaan Logistik dan vaksin Puskesmas Balowerti Bulan Januari Tahun 2018.....	48
Tabel 4.4 Prioritas Masalah dengan Metode CARL.....	49

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Daftar Arti Lambang

& = dan

Daftar Singkatan

PD3I	= Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
KLB	= Kejadian Luar Biasa
UCI	= Universal Child Immunization
OPV	= <i>Oral Polio Vaccine</i>
IPV	= <i>Inactivated Polio Vaccine</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>
PPI	= Program Pengembangan Imunisasi
IDL	= Imunisasi Dasar Lengkap
TBC	= Tuberkulosis
VHB	= Virus Hepatitis B
MR	= Measles Rubela
BCG	= <i>Bacille Calmette-Guerim</i>
DPT	= Difteri Pertusis Tetanus
HB	= Hepatitis B
Hib	= <i>Haemophilus influenzae tipe B</i>
UNICEF	= <i>United Nation Children's Fund</i>
UD	= Undang – Undang Dasar
SD	= Sekolah Dasar
Baduta	= Bawah Dua Tahun
WUS	= Wanita Usia Subur
BIAS	= Bulan Imunisasi Anak Sekolah
ORI	= <i>Outbreak Response Immunization</i>
RS	= Rumah Sakit
Puskesmas	= Pusat Kesehatan Masyarakat
JE	= <i>Japanese Encephalitis</i>
MR	= <i>Measles Rubella</i>
PWS	= Pemantauan Wilayah Setempat
DQS	= <i>Data Quality Self Assesment</i>
EVM	= <i>Effective Vaccine Management</i>
SS	= Supervisi Suportif
KIPI	= Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
RR	= <i>Recording and Reporting</i>
CCEM	= <i>Cold Chain Equipment Management</i>
RCA	= <i>Rapid Convinience Assesment</i>

Daftar Istilah

et al = et alia
Rp = Rupiah

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

Berdasarkan pertimbangan tersebut, sebagai mahasiswi Peminatan Epidemiologi di Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merupakan tempat yang sangat relevan untuk melaksanakan kegiatan magang. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah salah satu unsur penyelenggara urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di Jawa Timur. Misi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yaitu meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.

Adapun misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencakup kegiatan pencegahan, surveilans, deteksi dini baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, bencana dan imunisasi. Informasi mengenai hal tersebut telah didapatkan selama perkuliahan dan hal itulah yang menjadi dasar dalam menjadikan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai tempat magang.

Program Imunisasi merupakan salah satu bentuk prioritas kegiatan Kementerian Kesehatan dalam rangka menurunkan angka kematian dan kesakitan pada anak, khususnya terkait Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Di Indonesia, program imunisasi merupakan kebijakan nasional yang telah disepakati dan dimulai sejak tahun 1956 (Gondowardojo, 2014). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017, imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Imunisasi juga merupakan salah satu investasi kesehatan yang paling *cost-effective* (murah), karena terbukti dapat mencegah dan mengurangi kejadian sakit, cacat, dan kematian akibat PD3I yang diperkirakan mampu menyebabkan 2,5 juta kasus kematian setiap tahunnya (Gondowardojo, 2014). Hal tersebut menjadikan imunisasi sebagai program utama yang diandalkan oleh Indonesia. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, program imunisasi di Indonesia mewajibkan setiap bayi (<12 bulan) mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) yang terdiri dari satu dosis vaksin Hepatitis B (HB 0) dan BCG, tiga dosis vaksin DPT-HB-Hib (Pentavalen), empat dosis vaksin polio, serta satu dosis campak.

Prinsip pelaksanaan program imunisasi yaitu cakupan imunisasi harus dipertahankan tinggi dan merata di seluruh wilayah. Hal ini bertujuan untuk menghindarkan terjadinya daerah kantong yang akan mempermudah terjadinya kejadian luar biasa (KLB). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2017 dilaporkan kejadian difteri sebanyak 460 dan meninggal dunia sebanyak 16 orang. Tahun 2018 dilaporkan terdapat 753 kasus difteri dan meninggal 3 orang. Adanya peningkatan kasus difteri berbanding terbalik dengan pencapaian cakupan Imunisasi Dasar Lengkap pada bayi. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, cakupan Imunisasi Dasar Lengkap pada bayi telah berhasil mencapai target sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Cakupan imunisasi dasar pada bayi tahun 2016 sebesar 93,38% telah berhasil mencapai target RPJMN yaitu 91,5%.

Cakupan imunisasi dasar tahun 2017 yaitu 96,44% telah berhasil mencapai target RPJMN yaitu 92% serta cakupan tahun 2018 sebesar 94,69% juga telah mampu mencapai target RPJMN yaitu 92,5%. Pencapaian cakupan tersebut ternyata mengalami penurunan dari tahun 2016 hingga tahun 2018. Sehingga diperkirakan penurunan cakupan tersebut memicu terjadinya PD3I di Daerah Jawa Timur.

Penurunan cakupan imunisasi juga didukung dengan adanya data hasil dan data laporan yang tidak akurat atau ditemukan hasil yang menunjukkan adanya kesenjangan. Hal ini dapat ditemukan dari *monitoring* data melalui DQS pihak Dinas kesehatan Provinsi. Selain itu pelaksanaan kegiatan imunisasi yang ditunjang dengan kebutuhan logistik dan manajemen vaksin juga disebutkan mengalami permasalahan mengenai stok dan keterlambatan vaksin. Hal ini tentu menjadi pemicu keberhasilan program imunisasi di Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan latar belakang tersebut, membuat penulis bertujuan untuk menganalisis gambaran pelaksanaan program imunisasi dasar di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan program imunisasi dasar di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan struktur organisasi dan prosedur kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam pelaksanaan program imunisasi
2. Mendeskripsikan tugas pokok dan fungsi program imunisasi dasar di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam pelaksanaan program imunisasi.
3. Mengidentifikasi masalah dalam pelaksanaan program imunisasi dasar di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
4. Menentukan prioritas masalah pelaksanaan program imunisasi dasar di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
5. Menganalisis akar penyebab masalah pelaksanaan program imunisasi dasar di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
6. Menyusun alternatif solusi dalam pelaksanaan program imunisasi dasar di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa

Menambah wawasan mahasiswa terutama mengenai pelaksanaan kegiatan imunisasi dasar di lingkup Provinsi Jawa Timur serta dapat mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan selama proses perkuliahan.

1.3.2 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Menambah informasi mengenai gambaran pelaksanaan kegiatan imunisasi dasar di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang dapat digunakan sebagai studi literasi untuk pembelajaran epidemiologi.

1.3.3 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Sebagai bahan pertimbangan dan masukan atau alternatif pemecahan permasalahan yang berkaitan dengan pelaksanaan program imunisasi dasar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Imunisasi

2.1.1 Pengertian Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal, atau resisten. Imunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin kedalam tubuh agar tubuh bayi membuat zat antigen untuk mencegah terhadap penyakit tertentu (Alimul, 2008). Anak yang diimunisasi berarti memiliki kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak yang kebal atau resisten terhadap suatu penyakit, menunjukkan bahwa belum tentu anak kebal terhadap penyakit yang lain (Notoatmodjo, 2007). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi bahwa imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Menurut IDAI (2011), imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan antigen, sehingga apabila kelak ia terpajan pada antigen yang serupa tidak akan terjadi penyakit. Kegiatan imunisasi dinilai menjadi salah satu kegiatan pencegahan yang efektif (*cost effective*) terhadap penyakit infeksi dan jauh lebih murah apabila dibandingkan dengan biaya pengobatan apabila seseorang telah jatuh sakit (Manoj, 2017). Imunisasi juga mampu menjadikan seseorang resisten terhadap penyakit menular, khususnya pada Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) yang diharapkan akan berdampak pada penurunan angka kematian bayi dan balita (Anton, 2014).

2.1.2 Tujuan Imunisasi

Menurut WHO (*World Health Organization*), program imunisasi di Indonesia bertujuan untuk menurunkan angka kejadian dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Beberapa penyakit PD3I tersebut adalah difteri, tetanus, batuk rejan (pertusis), campak (*measles*), polio, dan tuberkulosis (Istriyati, 2011). Imunisasi juga bertujuan mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang serta menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat atau bahkan dari dunia seperti yang dibuktikan keberadaan imunisasi cacar *variola* (Ranuh, 2008). Tujuan lain imunisasi yaitu membentuk sistem kekebalan seseorang.

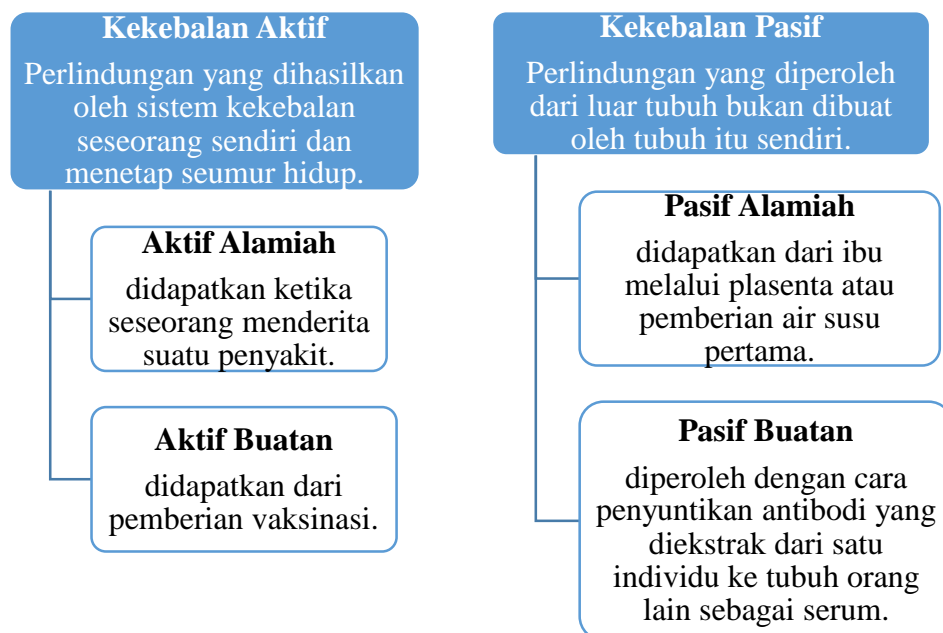
Sistem kekebalan adalah suatu sistem yang rumit dari interaksi sel yang bertujuan utama untuk mengenali adanya antigen. Antigen dapat berupa virus atau bakteri yang hidup atau yang sudah diinaktifkan. Jenis kekebalan terbagi dalam :

1. Kekebalan Aktif

Kekebalan aktif merupakan kekebalan yang didapatkan dimana seseorang secara aktif membuat zat antibodi sendiri. Kekebalan aktif dibagi menjadi kekebalan aktif alami dan kekebalan aktif sengaja. Kekebalan aktif alami menjadikan seseorang kebal setelah menderita penyakit, sedangkan kekebalan aktif sengaja memperoleh kekebalan setelah seseorang mendapatkan vaksinasi.

2. Kekebalan Pasif

Kekebalan pasif merupakan kekebalan yang diperoleh seseorang karena mendapatkan zat antibodi dari luar tubuh tersebut. Kekebalan pasif dibagi menjadi kekebalan pasif yang diturunkan dan kekebalan pasif sengaja. Kekebalan pasif yang diturunkan yaitu kekebalan pada bayi karena mendapatkan zat antibodi yang diturunkan dari ibunya melalui plasenta kemudian masuk ke dalam darah bayi. Kekebalan pasif yang disengaja yaitu kekebalan yang diperoleh seseorang karena memperoleh zat antibodi dari luar (Entjang, 2000).



Sumber: Depkes RI, Tahun 2009

Gambar 2.1 Skema Sistem Kekebalan

2.1.3 Jenis Imunisasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017, jenis penyelenggaraan imunisasi dikelompokkan menjadi Imunisasi Program dan Imunisasi Pilihan. Imunisasi program terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus. Imunisasi program harus diberikan sesuai dengan jenis vaksin, jadwal atau waktu pemberian yang ditetapkan dalam Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. Imunisasi rutin terdiri atas Imunisasi Dasar dan Imunisasi Lanjutan. Imunisasi Dasar terdiri atas imunisasi terhadap penyakit Hepatitis B, Poliomyelitis, tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, pneumonia dan meningitis, dan campak. Imunisasi Lanjutan adalah ulangan dari imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang masa perlindungan anak yang sudah mendapatkan Imunisasi Dasar. Imunisasi Lanjutan diberikan pada anak usia bawah dua tahun (baduta), anak usia sekolah dasar (SD), dan wanita usia subur (WUS). Pemberian imunisasi pada baduta terdiri atas imunisasi terhadap penyakit difteri, pertusis, tetanus, Hepatitis B, pneumonia dan meningitis, serta campak. Imunisasi Lanjutan yang diberikan pada Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) atau untuk anak usia SD yaitu imunisasi terhadap penyakit campak, tetanus, dan difteri. Imunisasi Lanjutan yang diberikan pada WUS terdiri dari imunisasi terhadap penyakit tetanus dan difteri.

Imunisasi Tambahan merupakan jenis imunisasi tertentu yang diberikan pada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai dengan kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu. Imunisasi Tambahan diberikan untuk melengkapi Imunisasi Dasar dan/atau Lanjutan pada target sasaran yang belum tercapai. Pemberian imunisasi ini diberikan pada kegiatan *Crash Program*, PIN (Pekan Imunisasi Nasional), Sub-PIN, *Backlog Fighting*, ORI (*Outbreak Response Immunization*), dll.

Imunisasi Khusus dilaksanakan untuk melindungi seseorang dan masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu. Imunisasi Khusus ini berupa imunisasi terhadap meningokokus, *yellow fever* (demam kuning), rabies, dan poliomyelitis. Berbeda dengan Imunisasi Pilihan, Imunisasi ini dilakukan perseorangan di Rumah Sakit (RS), Klinik, dan Praktik Dokter. Imunisasi Pilihan terdiri atas imunisasi terhadap penyakit :

- a. Pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh pneumokokus
- b. Diare yang disebabkan oleh rotavirus
- c. Influenza
- d. Cacar Air (varisela)
- e. Gondongan (*mumps*)

- f. Campak Jerman (*rubela*)
- g. Demam tifoid
- h. Hepatitis A
- i. Kanker leher rahim yang disebabkan oleh *Human Papillomavirus*
- j. *Japanese Encephalitis*
- k. Herpes zoster
- l. Hepatitis B pada dewasa, dan
- m. Demam berdarah

2.2 Imunisasi Dasar Lengkap

Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal bayi yang baru lahir sampai usia satu tahun untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang perlindungan (Depkes, 2005). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, disebutkan bahwa imunisasi dasar ditujukan pada bayi sebelum berusia satu tahun (<12 bulan). Imunisasi dasar terdiri atas imunisasi terhadap beberapa penyakit yang membahayakan, yaitu Hepatitis B, poliomyelitis, tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh *Hemophilus Influenza* tipe b (Hib) dan penyakit campak. Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) akan tercapai jika bayi telah mendapat imunisasi HB 0, BCG, pentavalen sebanyak 3 dosis, polio sebanyak 4 dosis dan satu dosis IPV, serta satu dosis campak sebelum berusia satu tahun.

Indikator Imunisasi Dasar Lengkap dapat diketahui dalam *Universal Child Immunization (UCI)* yaitu tercapainya Imunisasi Dasar Lengkap pada minimal 80% bayi (0-11 bulan) di setiap desa/kelurahan. Dalam pelaksanaan program imunisasi di Indonesia, pemerintah mewajibkan setiap bayi yang lahir untuk melakukan imunisasi dasar secara lengkap yang terdiri dari 5 jenis imunisasi, antara lain :

1. Imunisasi Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B dilakukan dengan memberikan vaksin virus rekombinan yang telah diinaktivasikan dan bersifat *non-infectious*. Imunisasi Hepatitis B bertujuan untuk mencegah masuknya VHB yaitu virus penyebab penyakit Hepatitis B (penyakit kuning). Hepatitis B dapat menyebabkan sirosis atau pengerutan hati, bahkan dampak lebih buruk yaitu mengakibatkan kanker hati dan kematian. Pemberian vaksin ini disuntikkan secara intramuskular pada bagian anterolateral paha yang dilakukan secara bertahap dan terdiri dari 3 dosis masing-masing 0,5 ml, yaitu :

- a. Dosis Pertama : Pada bayi usia 0-7 hari
- b. Dosis Kedua : Satu bulan setelah imunisasi pertama
- c. Dosis Ketiga : Satu bulan setelah imunisasi kedua

(Sari, 2018)

2. Imunisasi BCG

Imunisasi BCG dilakukan dengan memberikan vaksin BCG, yaitu vaksin baku kering yang mengandung *Mycobacterium bovis* hidup yang dilemahkan (*Bacillus Calmette Guerin*), strain Paris. Imunisasi BCG diberikan satu kali pada saat bayi berumur satu bulan untuk merangsang kekebalan aktif dan mencegah penyakit tuberkulosa (TBC).

Pemberian imunisasi BCG juga dapat dilakukan pada bayi sudah berumur lebih dari 3 bulan, namun harus dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu. Vaksin BCG dapat diberikan apabila hasil uji tuberkulin menunjukkan nilai yang negatif. Penyuntikan BCG harus diberikan secara intrakutan di daerah *insertio M. Deltoideus* dengan dosis 0,05 ml. Penyuntikan harus dilakukan secara perlahan ke arah permukaan sehingga terbentuk suatu lepuh (*wheal*) berdiameter 8-10 mm. Vaksinasi BCG dinyatakan berhasil apabila terjadi *tuberkulin konversi* pada tempat suntikan. Ada tidaknya *tuberkulin konversi* tergantung pada potensi vaksin dan dosis yang tepat serta cara penyuntikan yang benar. Dosis berlebih dan penyuntikan yang terlalu dalam akan menyebabkan terjadinya abses di tempat suntikan (Damayanti, 2009).

3. Imunisasi Polio

Imunisasi polio diberikan secara oral, sehingga sering disebut sebagai OPV (*Oral Polio Vaccine*). OPV merupakan vaksin yang berisi virus polio tipe 1,2, dan 3 yang masih hidup tetapi sudah dilemahkan (*attenuated*) strain Sabin. Imunisasi ini akan memberikan kekebalan terhadap serangan virus polio yang dapat menyebabkan penyakit polio.

Adanya pemberian vaksin polio akan memberikan kekebalan terhadap penyakit polio dengan pemberian 1 dosis yang terdiri dari 2 tetes vaksin polio oral (0,1 ml) pada bayi sebanyak 4 kali dengan jarak waktu pemberian 4 minggu (Pratiwi, 2012).

Pemberian imunisasi polio juga terdapat dalam bentuk suspensi injeksi atau dikenal dengan pemberian IPV (*Inactivated Polio Vaccine*). IPV diberikan untuk mencegah *poliomyelitis* pada bayi dan anak *immunocompromised*. IPV disuntikkan secara intramuskular atau subkutan dalam dengan dosis 0,5 ml. Sesuai rekomendasi WHO, pemberian IPV dilakukan setelah bayi berusia 6, 10, dan 14 bulan.

Bagi orang dewasa yang belum diimunisasi, penyuntikan IPV dapat diberikan 2 suntikan berturut-turut dengan interval 1 atau 2 bulan (Damayanti, 2009).

4. Imunisasi DPT-HB-Hib (Pentavalen)

Imunisasi ini merupakan pemberian Vaksin Pentavalen yang merupakan pengembangan Vaksin Tetravalen / Combo (DPT-HB). Vaksin Pentavalen merupakan vaksin kombinasi yang mengandung DTP berupa *toksoid difteri* dan *toksoid tetanus* yang dimurnikan dan pertusis (batuk rejan) yang diinaktivasi, vaksin Hepatitis B yang merupakan sub unit vaksin virus yang mengandung HbsAg murni dan bersifat *non-infectious*, serta penambahan antigen *Haemophilus influenzae* type b (Hib) (Pratiwi, 2012).

Berdasarkan Kementerian Kesehatan Indonesia, imunisasi pentavalen diberikan untuk mencegah 6 penyakit menular yaitu difteri, pertusis (batuk rejan), tetanus, Hepatitis B, serta pneumonia (radang paru) dan meningitis (radang otak). Pemberian vaksin pentavalen dilakukan secara intramuskular pada anterolateral paha atas yang dilakukan secara bertahap dan terdiri dari 3 dosis masing-masing 0,5 ml, yaitu :

- a. Dosis Pertama : Pada bayi usia 2 bulan
- b. Dosis Kedua : Satu bulan setelah imunisasi pertama
- c. Dosis Ketiga : Satu bulan setelah imunisasi kedua

5. Imunisasi Campak

Imunisasi campak dilakukan dengan pemberian vaksin hidup yang dilemahkan dan dalam bentuk bubuk kering atau *freezeried* yang terlebih dahulu dilarutkan dengan pelarut khusus sebanyak 5 ml yang telah disediakan (Damayanti, 2009). Satu dosis vaksin campak cukup untuk membentuk kekebalan aktif terhadap infeksi campak.

Di negara berkembang, pemberian imunisasi terhadap campak perlu dilakukan sedini mungkin setelah usia 9 bulan. Berbeda dengan di Indonesia, pemberian imunisasi campak dilakukan pertama kali saat bayi berumur 9 bulan, kemudian campak kedua diberikan pada program BIAS SD kelas 1 yaitu umur 6 tahun (Bio Farma, 2006). Imunisasi campak dilakukan dengan penyuntikan secara subkutan pada lengan atas bayi dengan dosis 0,5 ml.

2.3 Program Imunisasi di Indonesia

2.3.1 Landasan Hukum Imunisasi

Peraturan yang mendasari pelaksanaan imunisasi tertuang didalam beberapa kebijakan, antara lain :

1. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 B ayat 1 dan 2
 - a. Pasal 28 B ayat 1 bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batik, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik, sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan
 - b. Pasal 28 B ayat 2 bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi
2. Undang-Undang Perlindungan Anak Nomor 23 Tahun 2002 bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual, dan sosial
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 Tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah
4. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota
5. Permenkes Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal di Kabupaten/Kota
6. Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dihindari melalui imunisasi dan pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak.
7. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah
9. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 Tentang Desa
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi

2.3.2 Target Imunisasi

Target Imunisasi sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2015-2019 bahwa target imunisasi yaitu

1. Tercapainya cakupan Imunisasi dasar Lengkap (IDL) kepada 93% bayi usia 0-11 bulan tahun 2019
2. Tercapainya 95% Kabupaten atau Kota yang mencapai 80% IDL pada bayi

2.3.3 Indikator Program Imunisasi

Pemerintah Indonesia melalui Program Pengembangan Imunisasi (PPI) sejalan dengan komitmen internasional yaitu *Universal Child Immunization* (UCI) yang menetapkan target cakupan imunisasi untuk BCG, DPT, polio, campak, dan Hepatitis B harus mencapai cakupan 80% baik di tingkat nasional, provinsi, kabupaten, bahkan di setiap desa. Berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2015-2019, diperoleh indikator program imunisasi tahun 2016-2018 yaitu

Tabel 2.1 Indikator Program Imunisasi

Indikator RPJMN / Renstra	Target Capaian		
	2016	2017	2018
% Kabupaten / Kota yang mencapai 80% IDL pada Bayi	80%	85%	90%
% anak usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap	91,50%	92%	92,50%

Sumber : Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2015-2019

2.4 Penentuan Prioritas Masalah

2.4.1 Definisi Penentuan Prioritas

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

2.4.2 Metode CARL

Menurut Supriyanto (2010), penentuan prioritas masalah merupakan langkah yang sangat penting dan menentukan dalam rangka proses perencanaan. Masalah yang terjadi dalam organisasi umumnya disebabkan karena sarana (resources = 6M2TI) bidang kesehatan yang terbatas. Masalah yang sering muncul dalam proses perencanaan berkaitan dengan pengambilan keputusan adalah tentang penentuan prioritas masalah dan solusi serta alokasi pembiayaan.

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

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

- C (Capability) : Ketersediaan sumber daya (dana, sarana/ peralatan)
- A (Accessibility) : Kemudahan, masalah yang ada diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/ cara/ teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau juklak.
- R (Readness) : Kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/ kemampuan dan motivasi
- L (Leverage) : Seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas.

Langkah Pelaksanaan CARL :

1. Menuliskan daftar masalah
2. Menentukan skor atau nilai yang akan diberikan pada tiap masalah

Tabel 2.2 Skor metode CARL

Skor atau nilai untuk Capability: 1 = Sangat tidak mampu 2 = Tidak mampu 3 = Cukup mampu 4 = Mampu 5 = Sangat mampu	Skor atau nilai untuk Accesability: 1 = Sangat tidak mudah 2 = Tidak mudah 3 = Cukup mudah 4 = Mudah 5 = Sangat mudah
Skor atau nilai untuk Readiness: 1 = Sangat tidak siap 2 = Tidak siap 3 = Cukup siap 4 = Siap 5 = Sangat siap	Skor atau nilai untuk Lverage : 1 = Sangat tidak berpengaruh 2 = Tidak berpengaruh 3 = Cukup berpengaruh 4 = Berpengaruh 5 = Sangat berpengaruh

- Masing-masing kriteria memiliki rentang skor 1-5 dengan dimana semakin tinggi skor memiliki arti semakin mudah dilakukan atau semakin tersedia.
- Masing-masing kriteria akan dikalikan (C x A x R x L) sehingga mendapatkan nilai akhir.
- Nilai akhir akan dirangking berdasarkan Nilai akhir tertinggi, dan yang mendapat skor akhir tertinggi merupakan masalah utama yang diprioritaskan.

Tabel 2.3 Matriks Metode CARL

No.	Masalah	C	A	R	L	Total	Total Skor
1							
2							
3							
4							

Metode CARL dapat diterapkan dengan *key person* untuk berpartisipasi. Output dari tahap prioritas masalah ini adalah terjadi kesepakatan dan persamaan tujuan mengenai permasalahan kesehatan mana yang menjadi prioritas yang paling utama diintervensi.

2.5 Analisis Penyebab Masalah dengan Metode Fishbone

Metode fishbone sering disebut dengan diagram Sebab-Akibat karena diagram tersebut menunjukkan hubungan antara sebab dan akibat. Metode tersebut awalnya lebih banyak digunakan untuk manajemen kualitas yang menggunakan data verbal (*non-numerical*) atau data kualitatif. Dikatakan Diagram Fishbone (Tulang Ikan) karena memang berbentuk mirip dengan tulang ikan yang moncong kepalanya menghadap ke kanan. Diagram ini akan menunjukkan sebuah dampak atau akibat dari sebuah permasalahan, dengan berbagai penyebabnya. Efek atau akibat dituliskan sebagai moncong kepala. Sedangkan tulang ikan diisi oleh sebab-sebab sesuai dengan pendekatan permasalahannya. Pada dasarnya diagram Fishbone (Tulang Ikan) / *Cause and Effect* (Sebab dan Akibat)/ Ishikawa dapat dipergunakan untuk kebutuhan berikut :

membantu mengidentifikasi akar penyebab dari suatu masalah, membantu membangkitkan ide-ide untuk solusi suatu masalah, membantu dalam penyelidikan atau pencarian fakta lebih lanjut, mengidentifikasi tindakan (bagaimana) untuk menciptakan hasil yang diinginkan, membahas issue secara lengkap dan rapi dan menghasilkan pemikiran baru.

Penerapan diagram Fishbone (Tulang Ikan ini dapat menolong kita untuk dapat menemukan akar “penyebab” terjadinya masalah khususnya. Apabila “masalah” dan “penyebab” sudah diketahui secara pasti, maka tindakan dan langkah perbaikan akan lebih mudah dilakukan. Dengan diagram ini, semuanya menjadi lebih jelas dan memungkinkan kita untuk dapat melihat semua kemungkinan “penyebab” dan mencari “akar” permasalahan sebenarnya. Kelebihan Fishbone diagram adalah dapat menjabarkan setiap masalah yang terjadi dan setiap orang yang terlibat di dalamnya dapat menyumbangkan saran yang mungkin menjadi penyebab masalah tersebut.

Langkah dalam menyusun diagram fishbone:

1. Pemilihan masalah terpenting
2. Tarik garis ke kiri sebagai path utama berbentuk seperti panah
3. Tentukan sebab-sebab utama
4. Penjabaran sebab-sebab utama tersebut melalui cabang

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

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang

3.1.1 Lokasi Magang

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

3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Waktu pelaksanaan magang adalah selama 5 minggu, yaitu mulai tanggal 2 Januari 2019 sampai 31 Januari 2019 dengan jam kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mulai pukul 07.00-15.30 WIB pada hari senin-kamis dan pukul 07.00- 14.30 WIB pada hari jumat. Berikut adalah jadwal magang Dinkes Provinsi Jatim:

Tabel 3.1 *Timeline* Kegiatan Magang

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

3.2 Metode Pelaksanaan Kegiatan Magang

Metode pelaksanaan magang terdiri dari:

- a. Ceramah yaitu mendengarkan ceramah berupa penjelasan dari pembimbing yang dilakukan secara tatap muka secara langsung.
- b. Diskusi dan Tanya jawab yaitu peserta magang melakukan diskusi dengan koordinator magang instansi, pembimbing magang instansi, dan penanggung jawab program.
- c. *Indepth Interview* untuk memperoleh gambaran secara jelas tentang pelaksanaan kegiatan imunisasi di Provinsi Jawa Timur.
- d. Partisipasi Aktif berupa ikut serta dalam kegiatan dinas lapangan dan mempelajari data sekunder untuk penyusunan laporan magang.

- e. Studi Literatur untuk memperoleh teori yang berkaitan dengan permasalahan.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan terkait dengan pelaksanaan imunisasi di Provinsi Jawa Timur, yaitu:

- a. Data Primer berupa penyebab penurunan cakupan imunisasi dasar pada bayi yang diperoleh dari wawancara (*indepth interview*) dengan Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi, Pembimbing instansi, dan Pemegang kegiatan imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- b. Data Sekunder berupa laporan cakupan imunisasi dasar pada bayi, laporan *Data Quality Self Assesment* (DQS) tahun 2017 Provinsi Jawa Timur, serta data laporan logistik dan manajemen vaksin yang bersumber dari aplikasi Pemantauan Wilayah Setempat berbasis web (*online*).

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam pembuatan laporan magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah sebagai berikut :

1. Studi Dokumen

Studi dokumen dilakukan untuk memperoleh informasi maupun teori melalui data sekunder yang berkaitan dengan pelaksanaan imunisasi. Data sekunder yang dipelajari untuk gambaran indikator capaian pelaksanaan imunisasi yaitu laporan kumulatif pelaksanaan imunisasi.

2. Instrumen CARL

Instrumen CARL dibagikan pada *key person* atau penanggung jawab program imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bertujuan untuk memprioritaskan masalah.

3. *Indepth Interview* (wawancara mendalam)

Wawancara mendalam dilakukan dengan *key person* atau penanggung jawab program imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur untuk menggali permasalahan dari sisi pemegang program dengan bantuan diagram *fishbone*.

4. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan *key person* atau penanggung jawab program imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, dilakukan dengan cara bertukar pikiran dan saling menggali informasi untuk mendapatkan alternatif solusi dari permasalahan.

3.4 Analisis Data

Data yang terkumpul kemudian dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif yang memperhatikan tujuan dan metode analisis, guna menghasilkan informasi berupa gambaran situasi pelaksanaan program imunisasi yang selanjutnya digunakan untuk mengidentifikasi masalah, menentukan prioritas masalah, mencari akar penyebab masalah dan merumuskan alternatif solusi permasalahan di program imunisasi Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Tabel 3.2 Tahapan dan Metode Analisis Data

Tahapan Analisis	Metode Analisis	Pelaksanaan
Identifikasi Masalah	Studi dokumen dan wawancara dengan pemegang program imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengenai pelaksanaan dan hambatan kegiatan imunisasi di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 dan mengkonfirmasi masalah yang ditemukan.	<ol style="list-style-type: none">1. Membandingkan laporan tahunan pelaksanaan imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2016-2018 dengan Target capain indikator program imunisasi yang sudah ditetapkan.2. Wawancara dengan Tim Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
Penentuan Prioritas Masalah	CARL	Melakukan diskusi bersama dengan Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi, serta anggota Tim Surveilans dan Imunisasi lainnya khususnya pemegang program Imunisasi
Penentuan akar penyebab masalah	Fishbone	Diskusi bersama dengan pemegang Program imunisasi di seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

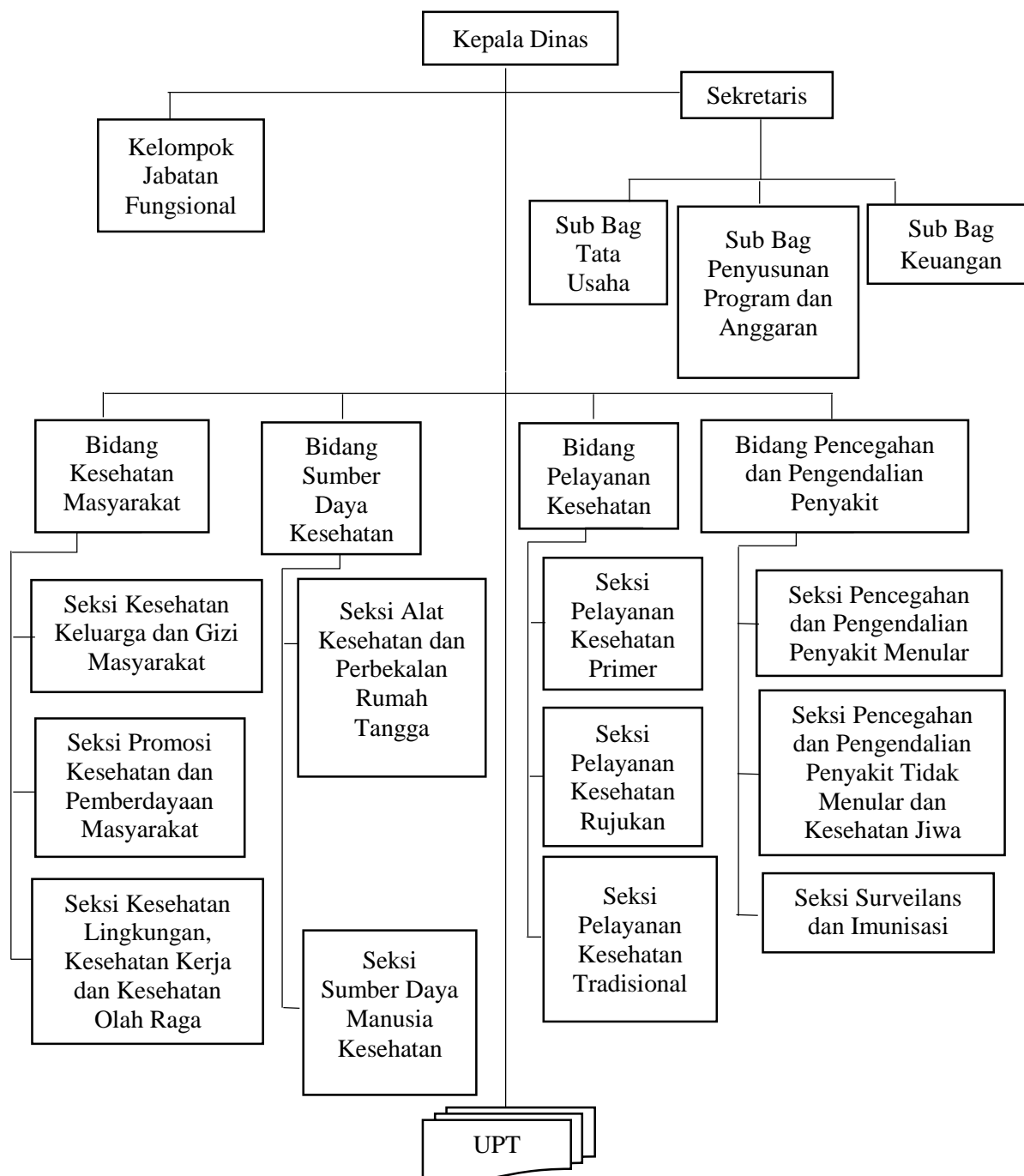
Tahapan Analisis	Metode Analisis	Pelaksanaan
Perumusan alternatif solusi	Melakukan diskusi dengan pemegang program imunisasi di seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	Diskusi bersama dengan pemegang program imunisasi di seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.1.1 Struktur Organisasi, Visi, Misi, dan Tujuan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut:



Gambar 4.1 Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah “**Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat**”. Misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, yaitu:

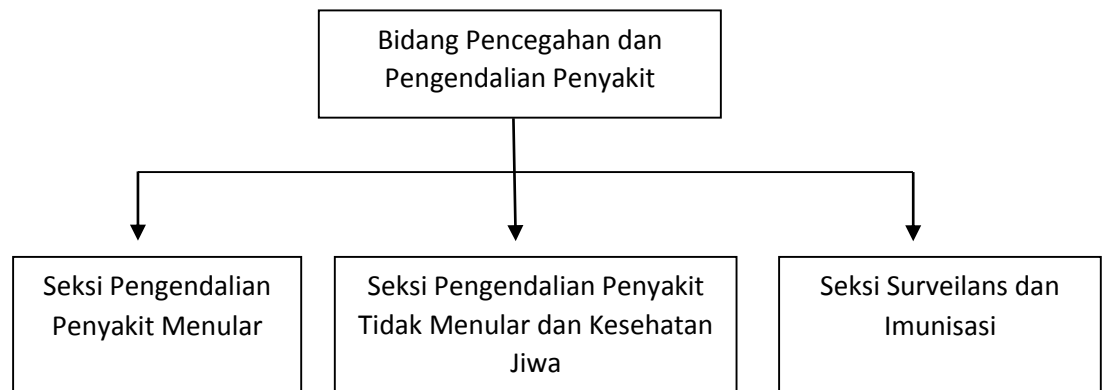
- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan
- b. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
- c. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau
- d. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan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

Tujuan yang akan dicapai Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah:

- a. Untuk mewujudkan misi “Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Untuk mewujudkan misi “Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat”, maka ditetapkan tujuan: Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).
- c. Untuk mewujudkan misi “Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau”, maka ditetapkan tujuan:
 - 1) Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya.
 - 2) Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat.
 - 3) Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan.
 - 4) Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan.
- d. Untuk mewujudkan misi “Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Mencegah menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya.

- e. Untuk mewujudkan misi “Meningkatkan dan mendayagunakan sumberdaya kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar.

4.1.2 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



Gambar 4.2 Pembagian Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terbagi menjadi tiga seksi yaitu Seksi Pengendalian Penyakit Menular, Seksi Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Seksi Surveilans dan Imunisasi. Berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016 dijelaskan bahwa tugas dan fungsi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi meliputi :

1. Tugas

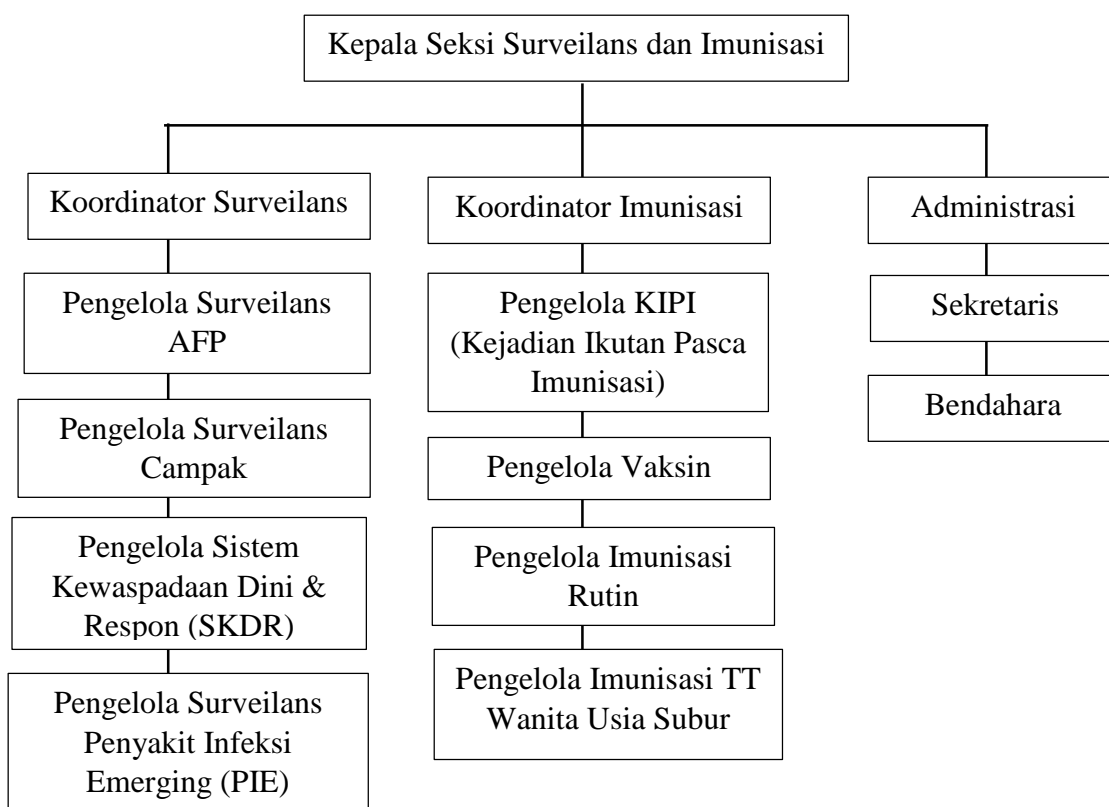
Melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, koordinasi serta evaluasi di bidang surveilans dan imunisasi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa.

2. Fungsi

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

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

4.1.3 Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



Sumber: Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2019

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

Berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016 dijelaskan bahwa tugas dan fungsi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi meliputi :

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

- e. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan sosialisasi kebijakan, pedoman untuk petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.
- f. Menyiapkan bahan penyusunan dan pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa
- g. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas sector 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 hai, dan
- j. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.
- k. Menyiapkan bahan penyusunan pelaksanaan sosialisasi kebijakan, pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa.

4.2 Deskripsi Kegiatan Program Imunisasi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Program imunisasi yang dilaksanakan oleh pihak Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berlandaskan oleh adanya Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi. Penyelenggaraan program imunisasi terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu :

a. Perencanaan

Perencanaan penyelenggaraan imunisasi dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dengan mengacu komitmen global serta target pada RPJMN dan Renstra yang berlaku. Perencanaan penyelenggaraan oleh Pemerintah Pusat harus memperhatikan usulan perencanaan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota dan Pemerintah Daerah Provinsi secara berjenjang yang meliputi sasaran pada daerah kabupaten/kota, kebutuhan logistik, dan pendanaan imunisasi program di tingkat pusat dan daerah. Perencanaan penyelenggaraan imunisasi oleh Pemerintah Daerah meliputi operasional penyelenggaraan pelayanan, pemeliharaan peralatan *cold chain*, penyediaan alat pendukung *cold chain*, dan dokumen pencatatan pelayanan imunisasi berupa formulir cakupan imunisasi, laporan KIPI, dan logistik imunisasi.

b. Penyediaan dan Distribusi Logistik

Dalam hal ini logistik yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan imunisasi program meliputi vaksin, ADS, *safety box*, peralatan anafilaktik, peralatan *cold chain*, peralatan pendukung *cold chain*, dan dokumen pencatatan pelayanan imunisasi. Peralatan *cold chain* meliputi alat penyimpan vaksin (*cold room*, *freezer room*, *vaccine refrigerator*, dan *freezer*), alat transportasi vaksin (*cold box*, *vaccine carrier*, *cool pack*, dan *cold pack*), serta alat pemantau suhu (termometer, termograf, dan alarm). Pemerintah Pusat bertanggung jawab terhadap penyediaan dan pendistribusian logistik. Penyediaan vaksin juga perlu memperhatikan batas masa kadaluarsa, sedangkan pendistribusian logistik dilaksanakan sampai ke provinsi yaitu berupa vaksin, ADS, dan *Safety Box* dan peralatan *cold chain* ke tempat tujuan penyelenggaraan imunisasi dilaksanakan.

c. Penyimpanan dan Pemeliharaan Logistik

Pemerintah Daerah Provinsi bertanggung jawab terhadap penyimpanan dan pemeliharaan logistik untuk menjaga kualitas dari vaksin tersebut. Vaksin harus disimpan pada tempat dan kendali suhu tertentu.

d. Penyediaan Tenaga Pengelola

Tenaga pengelola yaitu terdiri atas pengelola program dan pengelola logistik. Tenaga pengelola yang dimaksud harus memenuhi kualifikasi dan kompetensi tertentu yang diperoleh dari pendidikan dan pelatihan yang dibuktikan dengan sertifikat kompetensi yang diatur dan ditetapkan oleh Menteri.

e. Pelaksanaan Pelayanan

Pelaksanaan imunisasi program dapat dilaksanakan secara massal (posyandu, sekolah, dan pos kesehatan lainnya) atau secara perseorangan (rumah sakit, puskesmas, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya). Pelaksanaan imunisasi rutin dilaksanakan secara berkala dan berkesinambungan. Proses pemberian imunisasi juga perlu memperhatikan keamanan, mutu dan khasiat vaksin, serta penyuntikan yang aman (*safety injection*). Sebelum pelayanan imunisasi diberikan, tenaga kesehatan harus memberikan penjelasan mengenai imunisasi yang meliputi jenis vaksin yang diberikan, manfaat, akibat apabila tidak diimunisasi, kemungkinan terjadinya KIPi dan upaya yang harus dilakukan, serta jadwal imunisasi berikutnya.

f. Pengelolaan Limbah

Pengelolaan limbah imunisasi merupakan tanggung jawab dari penyelenggara imunisasi yaitu Rumah sakit, Puskesmas, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya. Pemusnahan limbah imunisasi yang dilakukan harus dibuktikan dengan adanya berita acara.

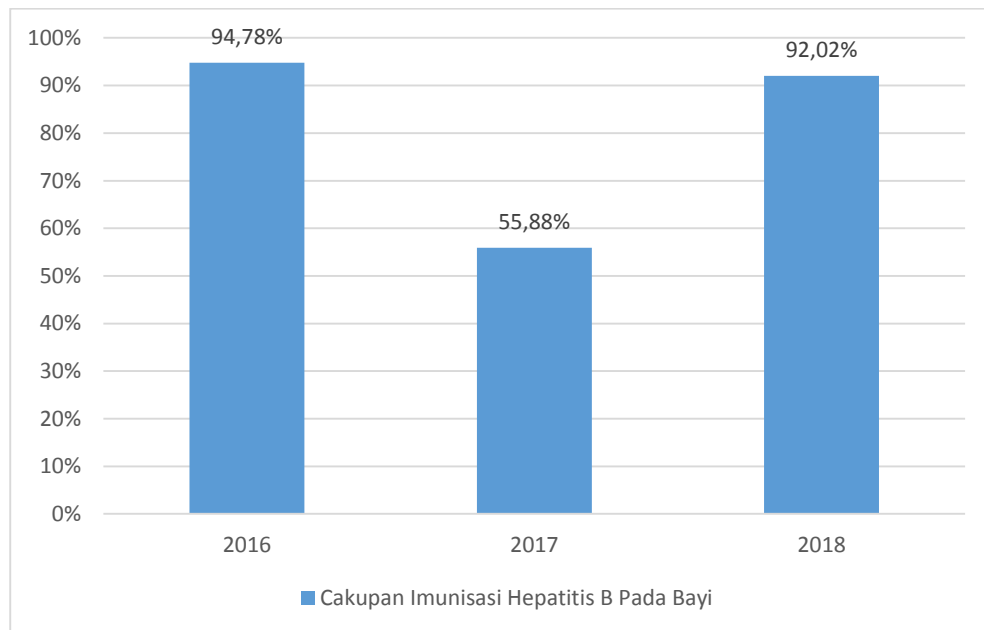
g. Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan Evaluasi wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota. Pemantauan dan evaluasi dilakukan untuk mengukur kinerja penyelenggaraan imunisasi. Pemantauan dan evaluasi dapat dilaksanakan dengan menggunakan instrumen antara lain:

- a. Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) untuk pemantauan dan analisis cakupan
- b. *Data Quality Self Assessment (DQS)* untuk mengukur kualitas data
- c. *Effective Vaccine Management (EVM)* untuk mengukur kualitas pengelolaan vaksin dan alat logistik lainnya
- d. Supervisi Suportif (SS) untuk memantau kualitas pelaksanaan program
- e. Surveilans KIPI untuk memantau keamanan vaksin
- f. *Recording and Reporting (RR)* untuk memantau hasil pelaksanaan imunisasi
- g. *Stock Management System (SMS)* untuk memantau ketersediaan vaksin dan logistik
- h. *Cold Chain Equipment Management (CCEM)* untuk inventarisasi peralatan *cold chain*
- i. *Rapid Convenience Assessment (RCA)* untuk menilai secara cepat kualitas pelayanan imunisasi
- j. Survei Cakupan Imunisasi untuk menilai secara eksternal pelayanan imunisasi
- k. Pemantauan Respon Imun yaitu untuk menilai respon antibodi hasil pelayanan imunisasi

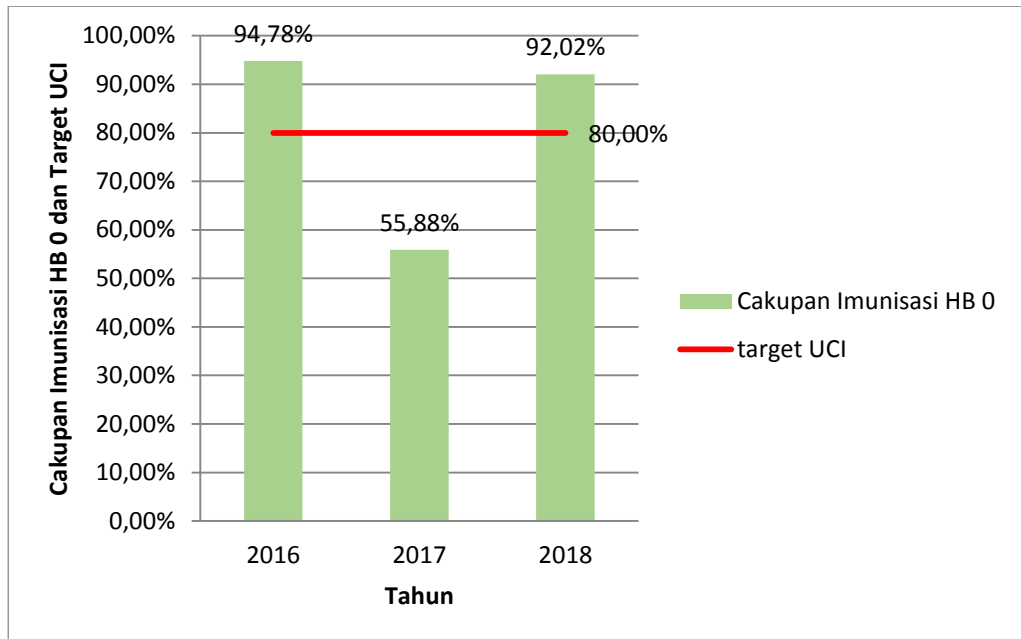
4.3 Gambaran Capaian Program Imunisasi Dasar di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

4.3.1 Cakupan Imunisasi Hepatitis B (HB 0) Pada Bayi



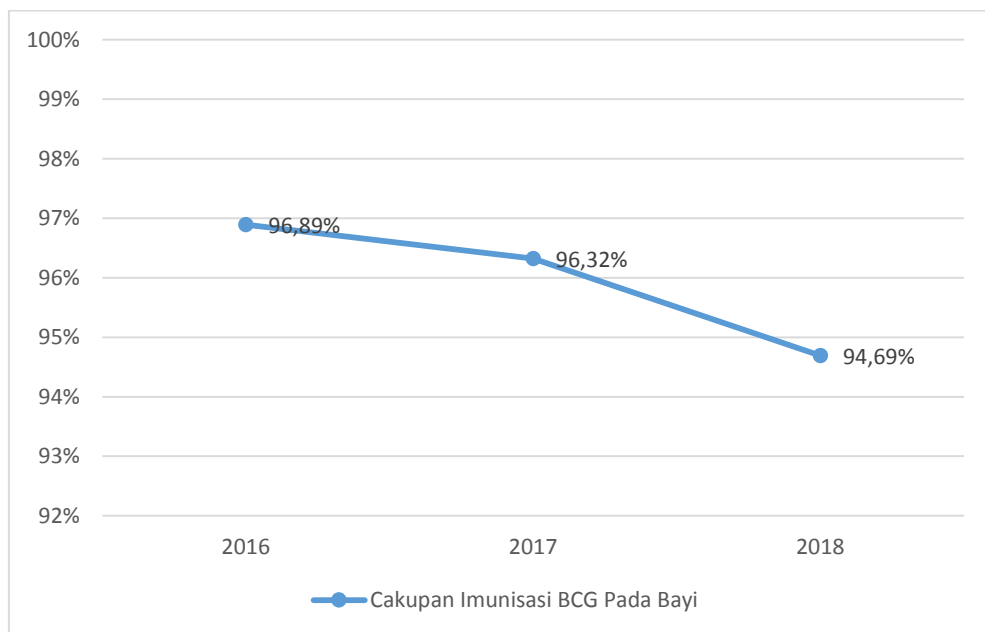
Gambar 4.4 *Trend Cakupan Imunisasi Hepatitis B (HB 0) Pada Bayi Tahun 2016-2018*

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa cakupan imunisasi Hepatitis B (HB 0) pada bayi tahun 2016-2018 terjadi secara fluktuatif. Hal ini ditunjukkan dengan cakupan bayi laki-laki dan perempuan yang di imunisasi Hepatitis B (<24 jam) tahun 2016 sebanyak 548.110 (94,78%), tahun 2017 menurun menjadi 320.830 (55,88%) dan meningkat kembali di tahun 2018 menjadi 524.601 (92,02%). Pemerintah Indonesia melalui Program Pengembangan Imunisasi (PPI) sejalan dengan komitmen internasional yaitu *Universal Child Immunization (UCI)* yang menetapkan target cakupan imunisasi untuk BCG, DPT, polio, campak, dan Hepatitis B harus mencapai cakupan 80% baik di tingkat nasional, provinsi, kabupaten, bahkan di setiap desa. Sejalan dengan target UCI tersebut, penyelenggaraan program imunisasi Hepatitis B pada bayi di tahun 2016 yaitu 94,78% telah mencapai target 80%. Pencapaian cakupan imunisasi Hepatitis B tahun 2017 sebesar 55,88%, hal ini menunjukkan bahwa capaian pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) belum mencapai target 80%. Tahun 2018 cakupan imunisasi rutin dasar bayi terhadap penyakit Hepatitis B sebesar 92,02%, hal ini menunjukkan di tahun tersebut peningkatan terjadi dan mampu mencapai target UCI yang telah ditetapkan.



Gambar 4.5 Perbandingan Cakupan Imunisasi Hepatitis B (HB 0) Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI

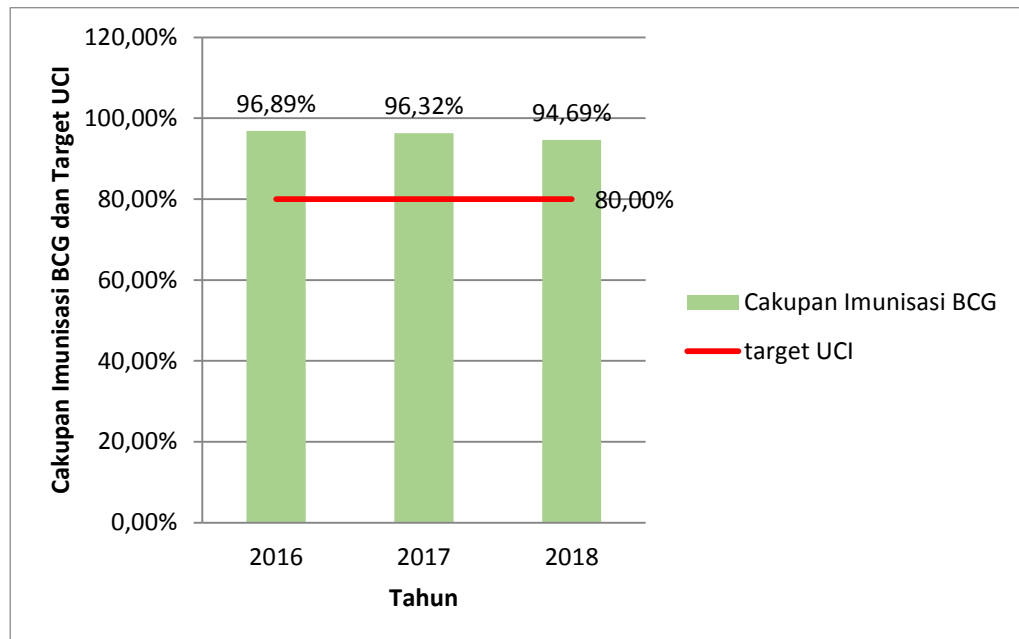
4.3.2 Cakupan Imunisasi BCG Pada Bayi



Gambar 4.6 *Trend* Cakupan Imunisasi BCG Pada Bayi Tahun 2016-2018

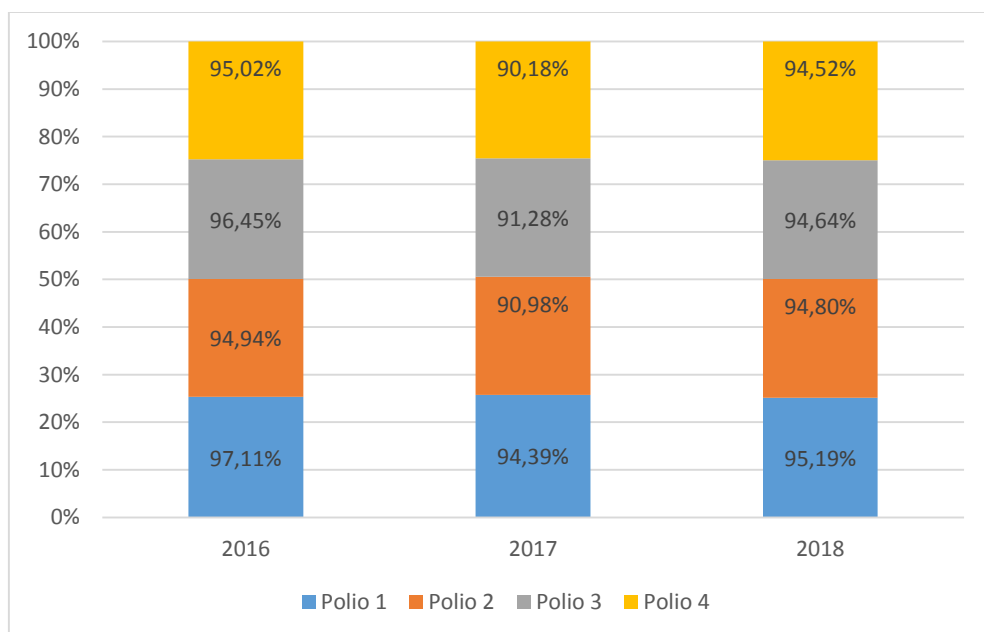
Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa cakupan imunisasi BCG pada bayi tahun 2016-2018 mengalami penurunan. Cakupan bayi laki-laki dan perempuan yang di imunisasi BCG tahun 2016 sebanyak 560.267 (96,89%), tahun 2017 menurun menjadi 555.984 (96,32%) dan menurun di tahun 2018 menjadi 539.871 (94,69%).

Penurunan cakupan imunisasi BCG tersebut tetap membuktikan bahwa capaian imunisasi tahun 2016 sebesar 96,89%, tahun 2017 sebesar 96,32%, dan tahun 2018 sebesar 94,69% telah mampu mencapai target UCI yaitu sebesar 80%.



Gambar 4.7 Perbandingan Cakupan Imunisasi BCG Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI

4.3.3 Cakupan Imunisasi Polio Pada Bayi

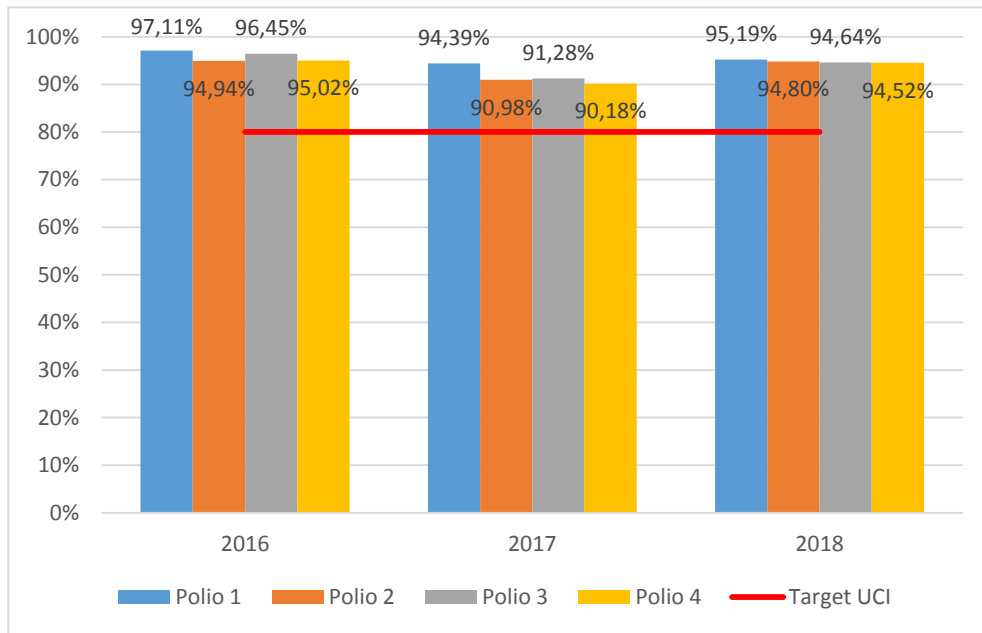


Gambar 4.8 Trend Cakupan Imunisasi Polio Pada Bayi Tahun 2016-2018

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa cakupan imunisasi Polio 1 sampai dengan polio 4 pada bayi tahun 2016-2018 terjadi secara fluktuatif. Pada tahun 2016 cakupan tertinggi pada polio 1 (97,11%) dan terendah pada cakupan polio 3 yaitu

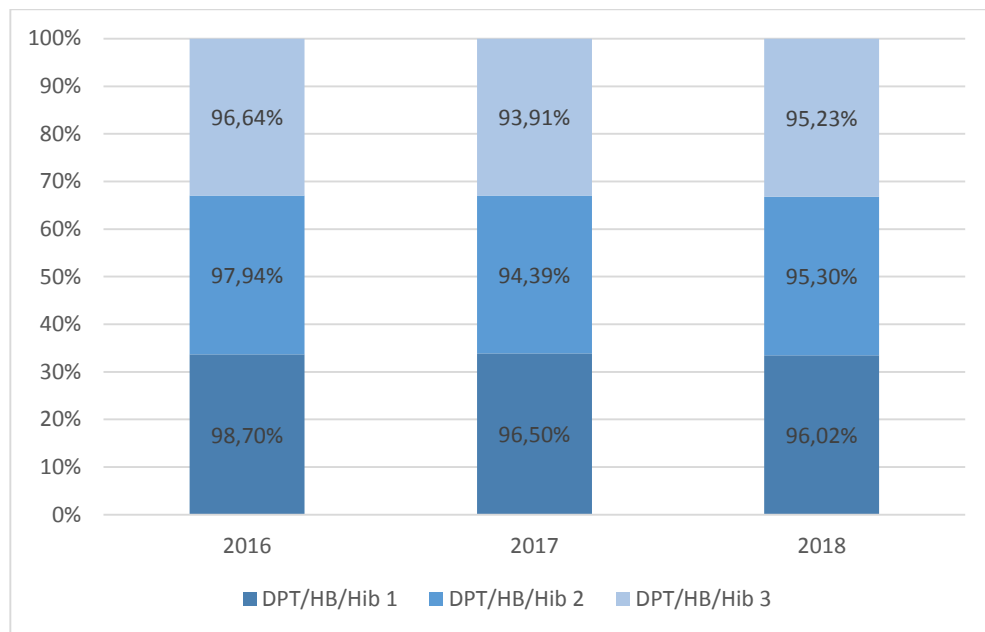
94,94%. Tahun 2017 paling tinggi pada cakupan polio 1 yaitu 94,39% dan terendah pada polio 4 yaitu 90,18%. Sedangkan di tahun 2018 cakupan polio 1 tetap paling tinggi yaitu 95,19% dan terendah cakupan polio 4 yaitu 94,52%.

Sejalan dengan pencapaian cakupan polio 1 sampai dengan polio 4 tahun 2016 hingga tahun 2018 menunjukkan bahwa pemberian imunisasi polio telah mencapai target UCI sebesar 80%. Pencapaian cakupan imunisasi polio di tahun 2018 cukup tinggi dan merata.



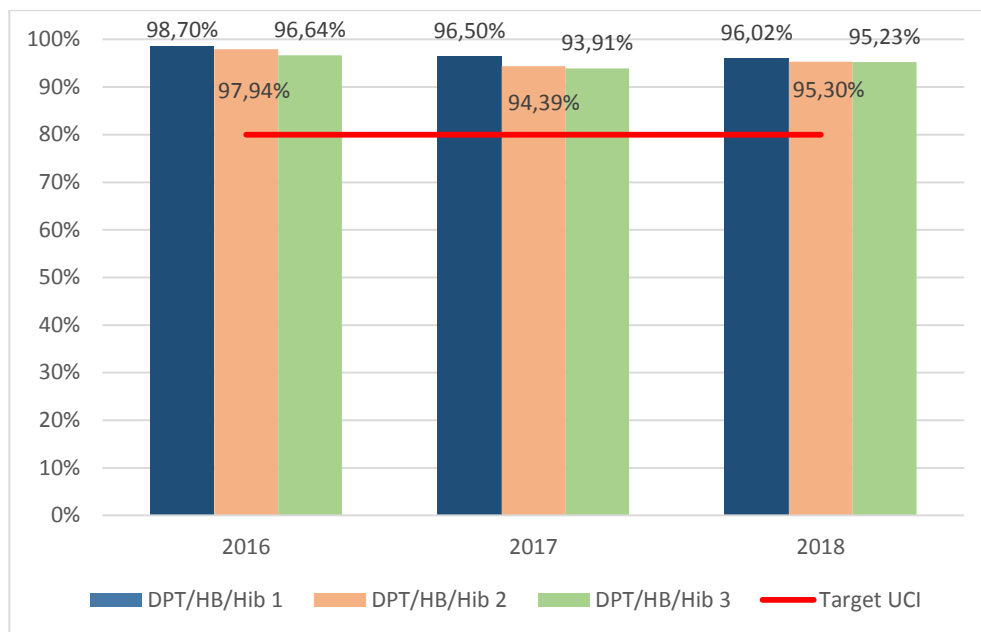
Gambar 4.9 Perbandingan Cakupan Imunisasi Polio Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI

4.3.4 Cakupan Imunisasi DPT/HB/Hib Pada Bayi



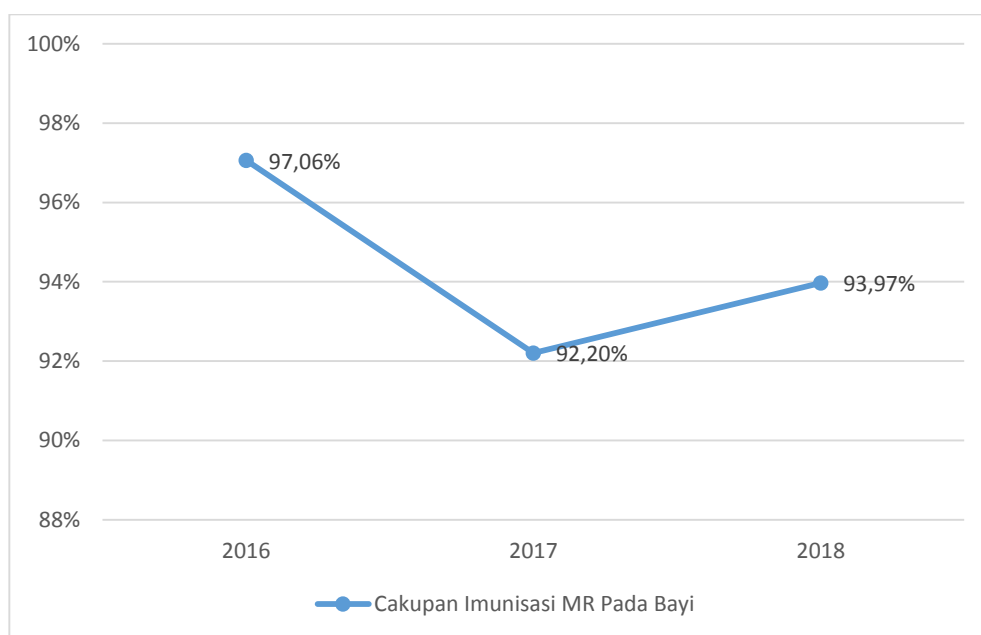
Gambar 4.10 *Trend Cakupan Imunisasi DPT/HB/Hib Pada Bayi Tahun 2016-2018*

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa cakupan imunisasi DPT/HB/Hib 1 sampai dengan DPT/HB/Hib 3 pada bayi tahun 2016-2018 mengalami penurunan. Cakupan bayi laki-laki dan perempuan yang di imunisasi DPT/HB/Hib 1 tahun 2016 sebanyak 563.691 (98,70%), tahun 2017 menurun menjadi 547.749 (96,50%) dan menurun di tahun 2018 menjadi 540.551 (96,02%). Sedangkan imunisasi DPT/HB/Hib 2 terjadi secara fluktuatif, yaitu sebanyak 559.396 (97,94%) diimunisasi pada tahun 2016, kemudian menurun di tahun 2017 sebanyak 535.736 bayi (94,39%) dan meningkat menjadi 536.487 bayi (95,30%) di tahun 2018. Pelaksanaan imunisasi DPT/HB/Hib 3 pada tahun 2016 sebanyak 551.969 (96,94%). Tahun 2017 mengalami penurunan menjadi 533.000 (93,91%) dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 536.069 (95,23%). Ditinjau dari pencapaian target UCI sebesar 80%, pelaksanaan imunisasi DPT/HB/Hib telah mampu mencapai target dari tahun 2016 hingga tahun 2018 meskipun terjadi penurunan yang terus menerus.



Gambar 4.11 Perbandingan Cakupan Imunisasi Polio Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI

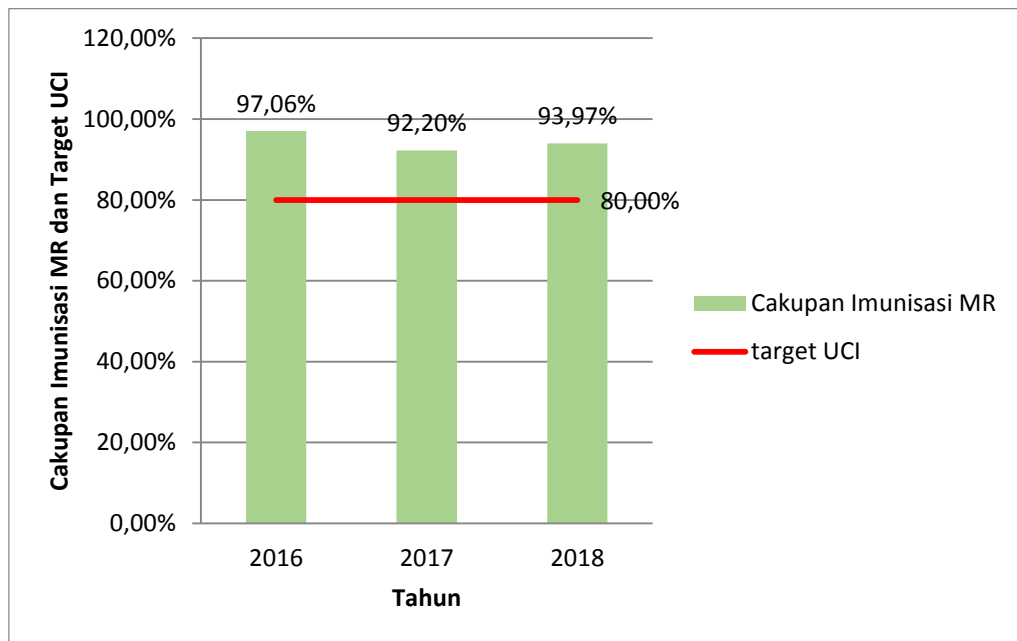
4.3.5 Cakupan Imunisasi MR Pada Bayi



Gambar 4.12 *Trend* Cakupan Imunisasi MR Pada Bayi Tahun 2016-2018

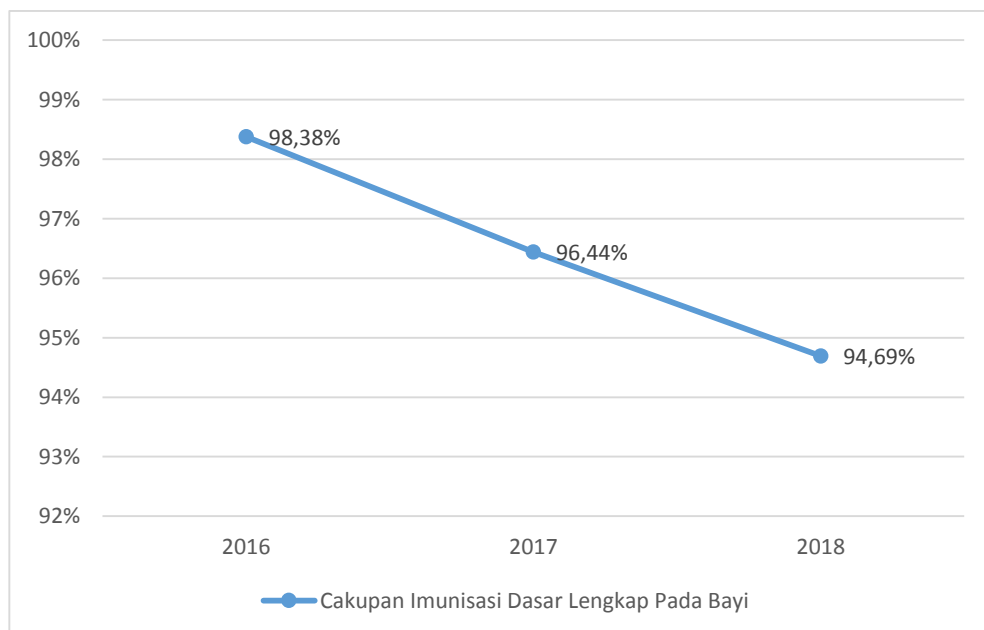
Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa cakupan imunisasi MR (*Measles Rubella*) pada bayi tahun 2016-2018 terjadi secara fluktuatif. Cakupan bayi laki-laki dan perempuan yang di imunisasi MR tahun 2016 sebanyak 554.323 (97,06%), tahun 2017 menurun menjadi 523.331 (92,20%) dan meningkat di tahun 2018 menjadi 529.003 (93,97%). Distribusi cakupan yang terjadi di tahun 2016 hingga tahun 2018

menunjukkan bahwa capaian cakupan imunisasi MR telah mampu mencapai target UCI yang telah ditentukan yaitu sebesar 80%.



Gambar 4.13 Perbandingan Cakupan Imunisasi MR Pada Bayi Tahun 2016-2018 dan Target UCI

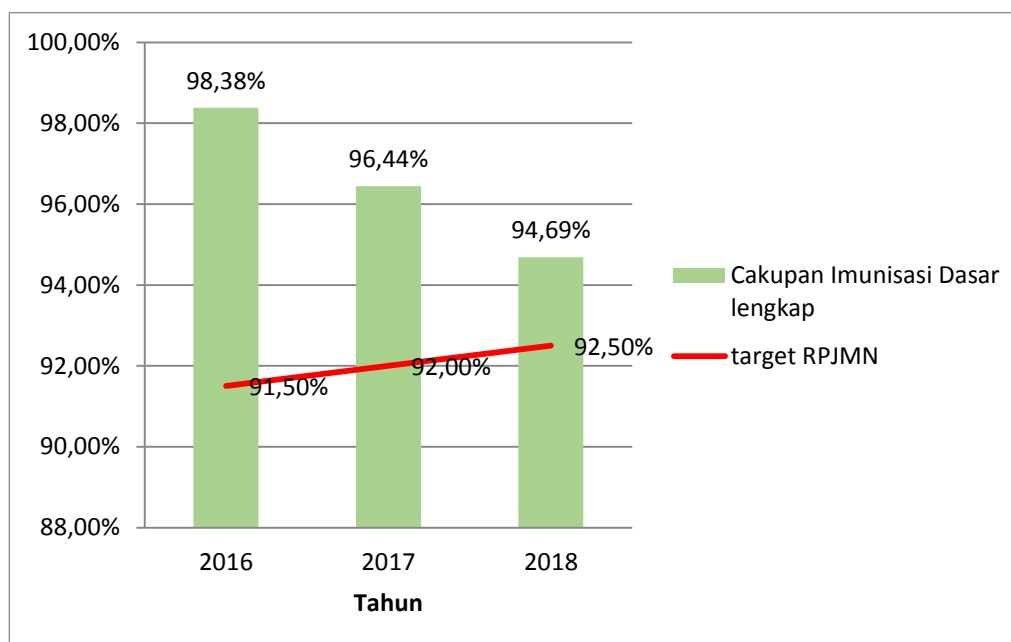
4.3.6 Cakupan Kumulatif Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi



Gambar 4.14 *Trend* Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Tahun 2016-2018

Berdasarkan gambar diatas menunjukkan bahwa cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi tahun 2016-2018 mengalami penurunan yang signifikan.

Cakupan bayi laki-laki dan perempuan yang di imunisasi dasar lengkap tahun 2016 sebanyak 561.877 (98,38%), tahun 2017 menurun menjadi 547.362 (96,44%) dan menurun kembali di tahun 2018 menjadi 532.181 (94,54%).



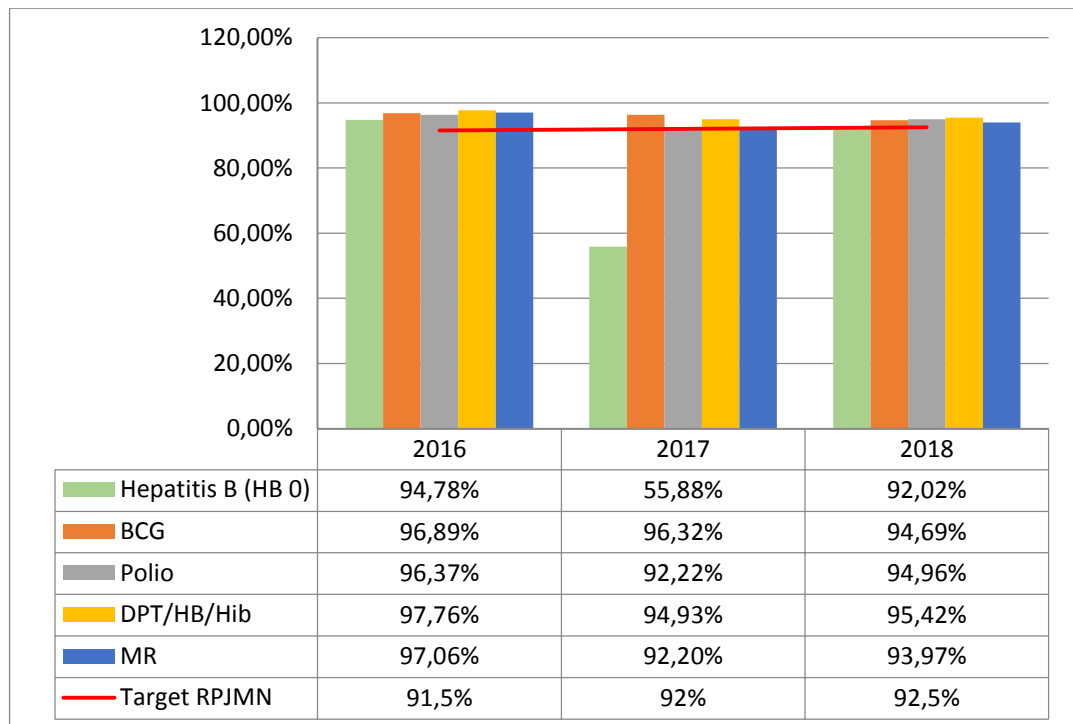
Gambar 4.15 Perbandingan Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018 dan Target RPJMN

Penurunan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap tahun 2016 hingga tahun 2018 tetap menunjukkan tercapainya target presentase anak usia 0-11 bulan yang mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap. Target Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) menurut RPJMN tahun 2016 yaitu 91,5%, tahun 2017 yaitu 92%, dan tahun 2018 yaitu 92,5%.

4.3.7 Perbandingan Capaian Jenis Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2016-2018

Capaian imunisasi dasar berdasarkan jenis nya dibedakan menjadi imunisasi Hepatitis B (HB 0), imunisasi BCG, imunisasi polio, imunisasi pentavalen yaitu DPT/HB/Hib dan imunisasi MR (*Measles Rubella*). Berdasarkan cakupan imunisasi dasar lengkap tahun 2016 hingga tahun 2018 keseluruhan jenis imunisasi telah mencapai target UCI sebesar 80%, kecuali cakupan imunisasi HB 0 tahun 2017 yaitu sebesar 55,88%. Di tahun 2016 cakupan imunisasi terendah yaitu imunisasi HB 0 (94,78%) dan tertinggi ada imunisasi DPT/HB/Hib (97,76%).

Di tahun 2017 cakupan imunisasi terendah yaitu imunisasi HB 0 (55,88%) dan tertinggi imunisasi BCG (96,32%). Dibandingkan dengan tahun 2018 cakupan imunisasi terendah yaitu imunisasi HB 0 (92,02%) dan tertinggi imunisasi DPT/HB/Hib (95,42%).



Gambar 4.16 Perbandingan Cakupan Jenis Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2016-2018 dan Target RPJMN

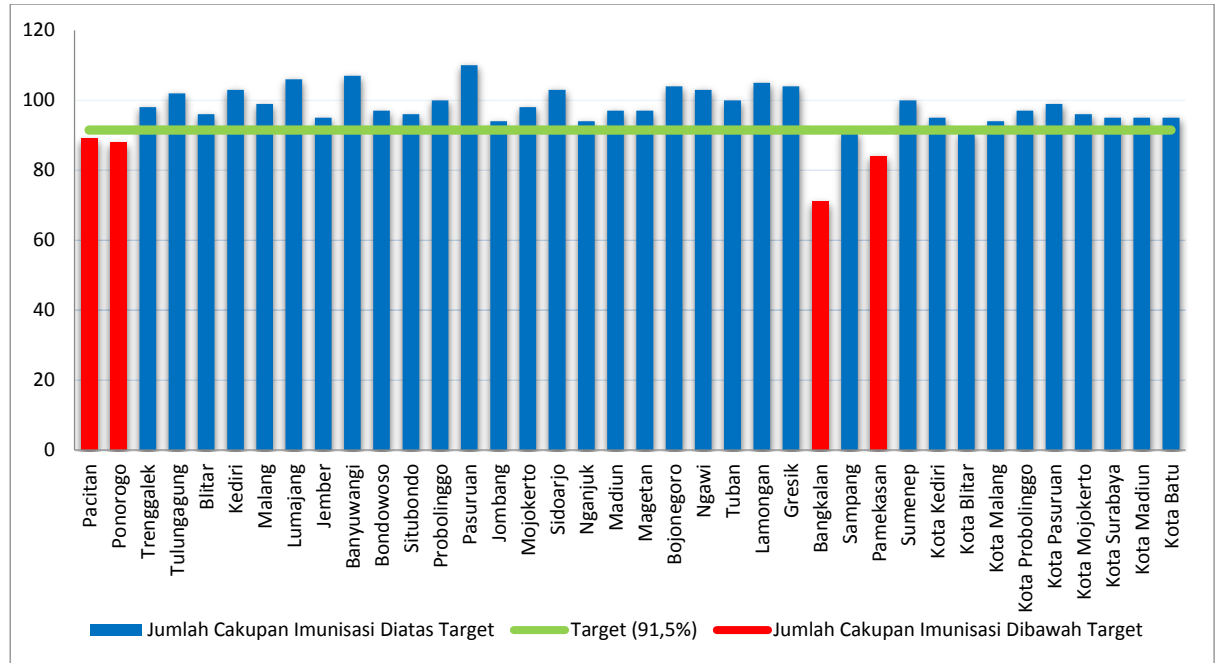
Cakupan imunisasi terendah dari tahun 2016 hingga tahun 2018 dapat disimpulkan yaitu pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0). Pemberian imunisasi HB 0 mengalami penurunan capaian yang signifikan dan tidak mencapai target UCI pada tahun 2017. Hal ini dapat dikarenakan pemberian Hepatitis B tidak mampu diberikan secara optimal yaitu pada bayi <24 jam pasca persalinan. Pemberian imunisasi HB 0 tetap dapat diperkenalkan diberikan sampai bayi usia <7 hari khusus untuk daerah dengan akses yang sulit.

4.3.8 Cakupan Status Bayi Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2016-2018

Capaian status bayi terkait Imunisasi Dasar Lengkap mengalami perubahan dalam kurun waktu tahun 2016 hingga 2018. Hal tersebut juga didasari dengan target pencapaian Imunisasi Dasar Lengkap yang berbeda setiap tahunnya menurut RPJMN. Berdasarkan RPJMN yang berlaku, tahun 2016 target capaian presentasi anak usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap yaitu sebesar 91,5%, tahun 2017 yaitu 92%, dan tahun 2018 sebesar 92,5%.

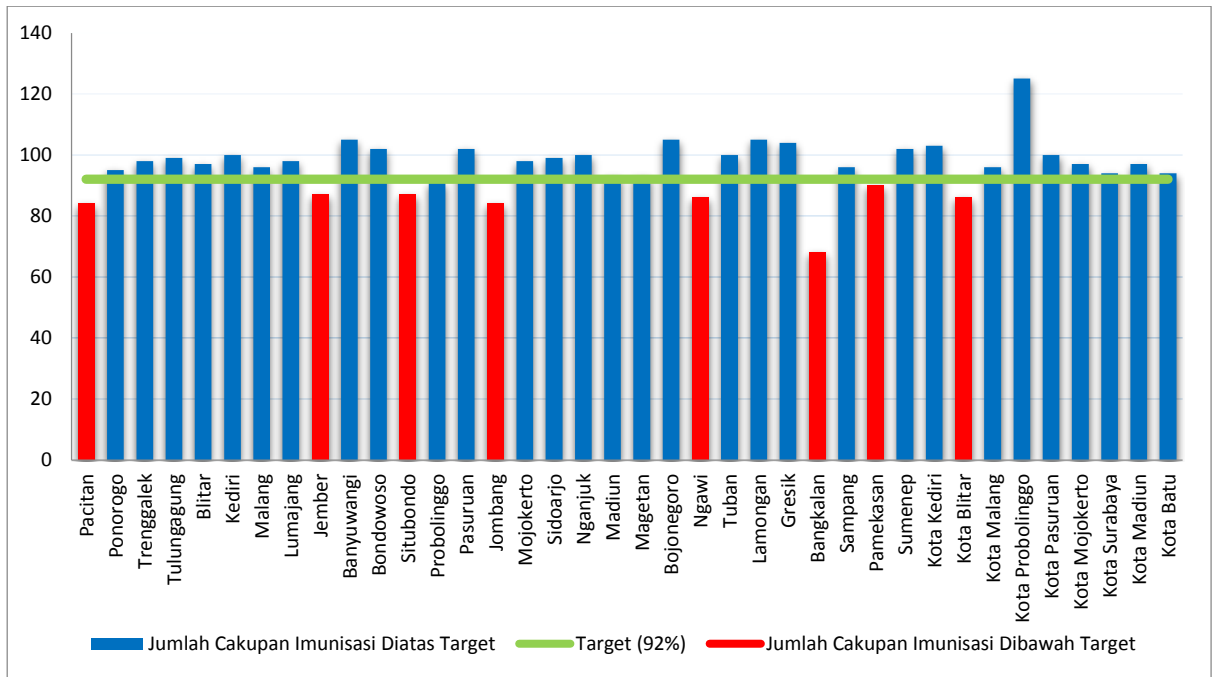
Peningkatan target yang berubah dari tahun 2016 hingga tahun 2018 menjadikan adanya beberapa daerah yang berbeda setiap tahunnya dalam mencapai status Imunisasi Dasar Lengkap pada bayi. Di tahun 2016 terdapat 4 daerah yang belum mampu mencapai

target RPJMN sebesar 91,5% yaitu Kabupaten Pacitan (89,21%), Kabupaten Ponorogo (88,35%), Kabupaten Bangkalan (71,48%), dan Kabupaten Pamekasan 84,35%). Sedangkan beberapa daerah kabupaten dan kota lainnya telah berhasil mencapai target yang diharapkan.



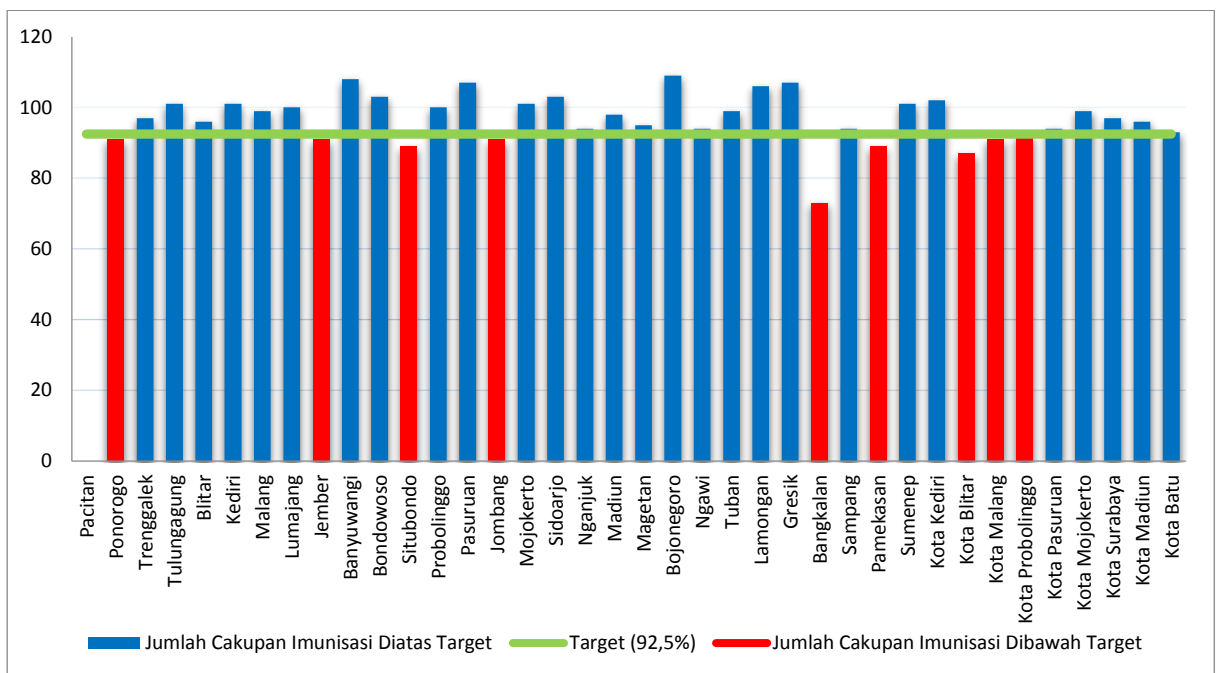
Gambar 4.17 Cakupan Status Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2016

Tahun 2017 terjadi peningkatan daerah yang belum mampu mencapai target Imunisasi Dasar Lengkap pada bayi. Daerah yang belum mampu mencapai target RPJMN sebesar 92% ada 8 diantaranya Kabupaten Pacitan (84,56%), Kabupaten Jember (87,02%), Kabupaten Situbondo (87,61%), Kabupaten Jombang (84,04%), Kabupaten Ngawi (86,94%), Kabupaten Bangkalan (68,90%), Kabupaten Pamekasan (90,88%), dan Kota Blitar (86,81%). Sedangkan beberapa daerah kabupaten dan kota lainnya telah mampu mencapai target sesuai dengan RPJMN yang berlaku.



Gambar 4.18 Cakupan Status Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2017

Di tahun 2018 daerah yang belum mampu mencapai target status bayi yang melakukan Imunisasi Dasar Lengkap sesuai target RPJMN yaitu 92,5% yaitu sebanyak 10 daerah. Daerah tersebut meliputi Kabupaten Pacitan (85,29%), Kabupaten Ponorogo (91,11%), Kabupaten Jember (91,85%), Kabupaten Situbondo (89,93%), Kabupaten Jombang (91,36%), Kabupaten Bangkalan (73,28%), Kabupaten Pamekasan (89,65%), Kota Blitar (87,44%), Kota Malang (91,78%), dan Kota Probolinggo (92,07%).



Gambar 4.19 Cakupan Status Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2018

Daerah yang belum mampu mencapai target sesuai dengan RPJMN dari tahun 2016 hingga tahun 2018 paling sering terjadi pada 3 daerah, yaitu Kabupaten Pacitan, Kabupaten Bangkalan, dan Kabupaten Pamekasan. Hal ini dimungkinkan kurangnya aksesibilitas petugas tenaga kesehatan dan adanya kelompok anti vaksin dalam pelaksanaan imunisasi dasar pada bayi.

4.4 Gambaran Pelaksanaan Pemantauan dan Evaluasi Program Imunisasi Di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

1. Pemantauan

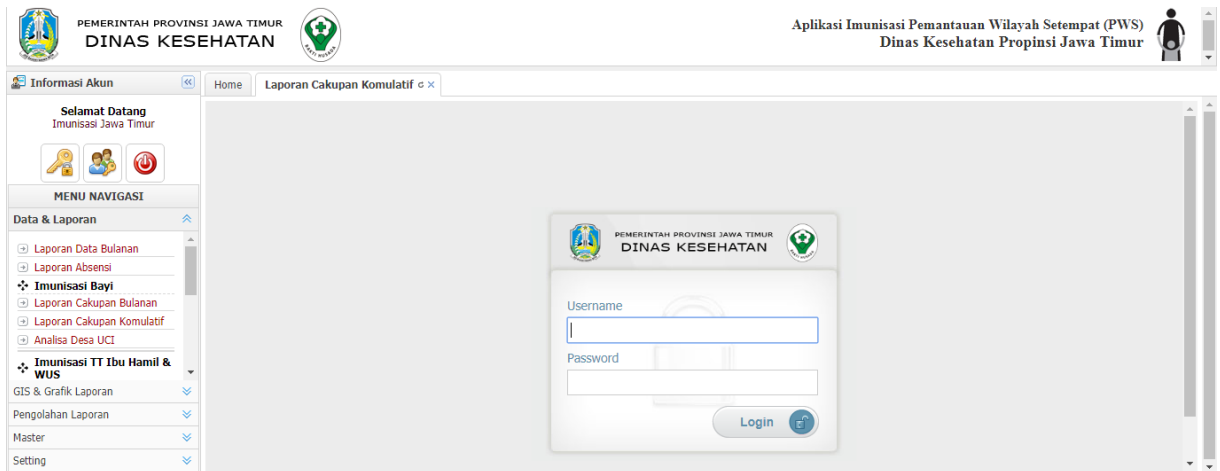
Pemantauan merupakan salah satu fungsi penting dalam manajemen program. Adapun beberapa pemantauan yang dilakukan antara lain:

a. Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)

Alat pemantauan ini berfungsi untuk meningkatkan cakupan dan bersifat memantau program. Alat ini digunakan pertama kali di Indonesia tahun 1985 dan dikenal dengan nama *Local Area Monitoring* (LAM). LAM terbukti efektif kemudian diakui oleh WHO untuk diperkenalkan di negara lain. Grafik LAM kemudian disempurnakan menjadi PWS seperti yang dikenal saat ini. PWS sebagai salah satu alat yang digunakan oleh tenaga pengelola Dinas Kesehatan Provinsi berbasis *online* yaitu berupa website. Adapun prinsip PWS yaitu :

- 1) Memanfaat data yang ada baik itu dari cakupan atau laporan cakupan imunisasi
- 2) Menggunakan indikator sederhana
- 3) Dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan setempat
- 4) Teartur dan tepat waktu setiap bulan
- 5) Lebih dimanfaatkan sendiri atau sebagai umpan balik untuk dapat mengambil tindakan daripada hanya dikirimkan sebagai laporan

- 6) Membuat grafik dan menganalisa data dengan menggunakan *software PWS* dalam program *microsoft excel*.



Gambar 4.20 Tampilan PWS Berbasis *Online*

b. *Data Quality Self-Assesment (DQS)*

DQS terdiri dari suatu perangkat alat bantu yang mudah dilaksanakan dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan, serta dirancang untuk pengelola imunisasi pada tingkat nasional, provinsi, atau kabupaten/kota untuk mengevaluasi beberapa aspek yang berbeda dari sistim pemantauan imunisasi di provinsi, kabupaten/kota dan tingkat puskesmas dalam rangka untuk menentukan keakuratan laporan imunisasi, dan kualitas dari sistim pemantauan imunisasi. Pemantauan mengacu pada pengukuran pencapaian cakupan imunisasi dan indikator sistim lainnya. Pemantauan berkaitan erat dengan pelaporan karena juga melibatkan kegiatan pengumpulan data dan prosesnya. DQS dimaksudkan untuk mendapatkan masalah-masalah melalui analisa dan mengarah pada peningkatan kinerja pemantauan kabupaten/kota dan data untuk perbaikan.

c. *Rapid Convenience Assesment (RCA)*

RCA merupakan penilaian cepat untuk mengukur akurasi hasil cakupan imunisasi di komunitas. Kegiatan ini juga bertujuan untuk mencari informasi alasan anak/ibu tidak mendapatkan/melakukan imunisasi atau mengapa mereka tidak kembali untuk menyelesaikan jadwal imunisasi yang lengkap. Kegiatan ini dilakukan dengan cara melakukan kunjungan ke rumah yang terdekat dengan pusat pelayanan kesehatan sampai ditemukan minimal 20 sasaran imunisasi.

d. dll

2. Evaluasi

Pelaksanaan evaluasi bertujuan untuk mengetahui hasil ataupun proses kegiatan bila dibandingkan dengan target atau yang diharapkan. Beberapa macam kegiatan evaluasi dilakukan secara berkala dalam imunisasi. Berdasarkan sumber data, ada dua macam evaluasi yaitu :

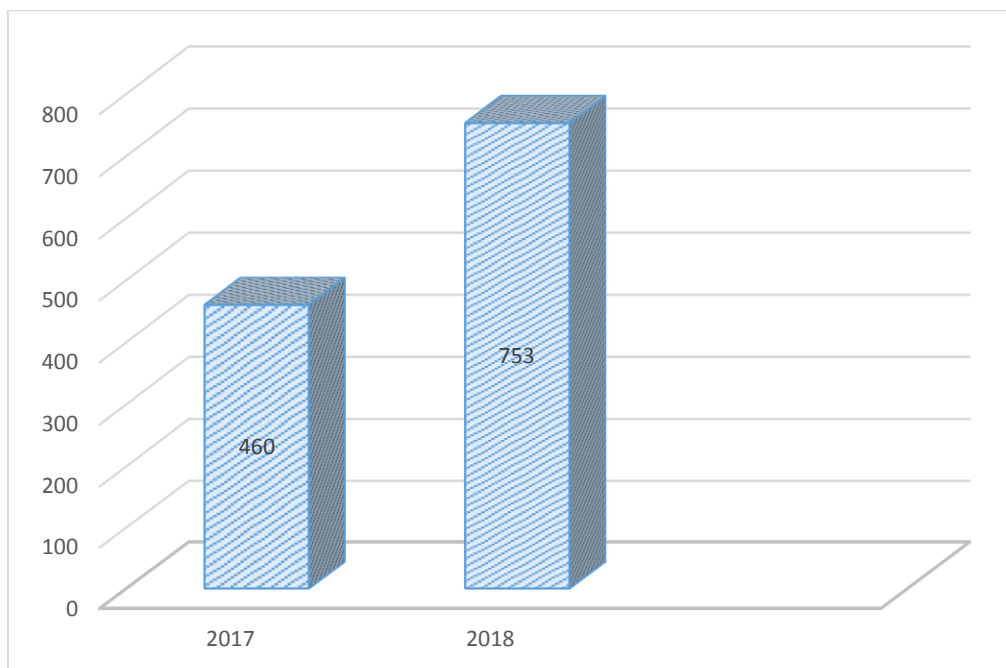
- a. Evaluasi dengan Data Sekunder meliputi stok vaksin, indeks pemakaian vaksin, suhu *vaccine refrigerator*, dan cakupan per tahun.
- b. Evaluasi dengan Data Primer meliputi survei cakupan, survei dampak, dan uji potensi vaksin.

4.5 Idenifikasi Masalah Program Imunisasi Dasar di Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan hasil kegiatan diskusi dengan beberapa anggota tim Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, didapatkan 3 masalah dalam pelaksanaan program imunisasi tahun 2018, yaitu:

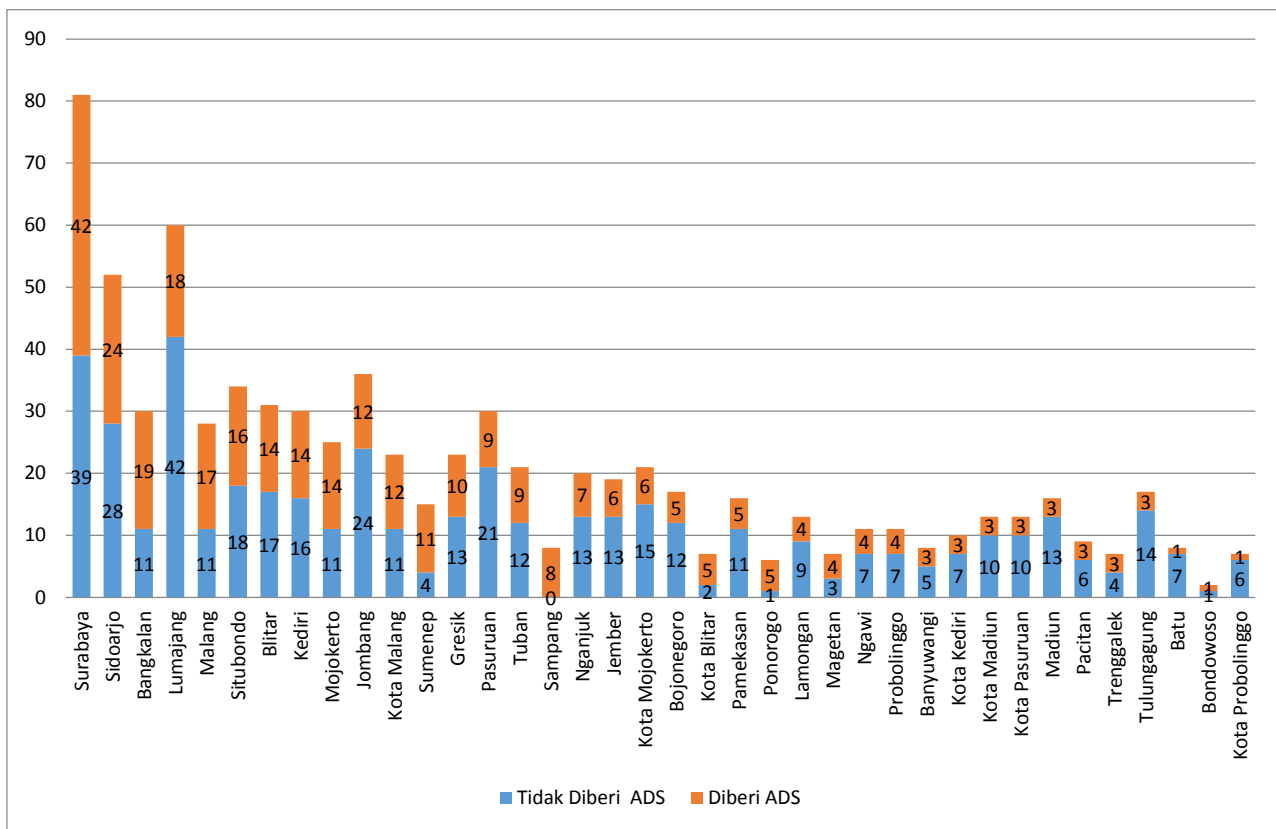
1. Penurunan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) rutin pada bayi

Permasalahan tersebut didasarkan hasil diskusi bahwa masih munculnya kejadian PD3I salah satunya penyakit difteri. Peningkatan kejadian difteri di Jawa Timur sempat menjadi salah satu perhatian dikarenakan adanya penyakit difteri menimbulkan kejadian KLB. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2017 dilaporkan kejadian difteri sebanyak 460 dan meninggal dunia sebanyak 16 orang. Tahun 2018 dilaporkan terdapat 753 kasus difteri dan meninggal 3 orang. Meskipun adanya peningkatan kasus difteri, namun peningkatan pelaksanaan ORI cukup berdampak pada penurunan angka atau kasus kematian. Angka keberhasilan pengobatan di tahun 2017 yaitu 96,52% dan meningkat menjadi 99,60% di tahun 2018. Salah satu upaya promotif dan preventif yang dapat dilakukan sebagai upaya pencegahan dini yaitu pelaksanaan imunisasi. Pelaksanaan imunisasi dasar pada bayi merupakan salah satu hal yang sangat penting dalam menjaga kekebalan tubuh dan terhindar dari Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).

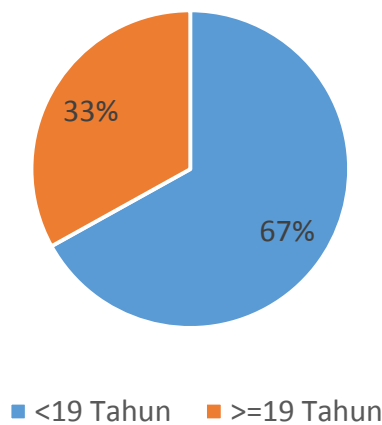


Gambar 4.21 Kasus Difteri di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017-2018

Berdasarkan total kasus penyakit difteri berdasarkan kabupaten dan/atau kota, Kasus difteri paling banyak terjadi di Kota Surabaya sebanyak 81 kasus dalam periode tahun 2017-2018. Tingginya kasus difteri juga berhubungan erat dengan pemberian ADS, golongan umur, dan pemberian imunisasi *booster* atau imunisasi lanjutan.

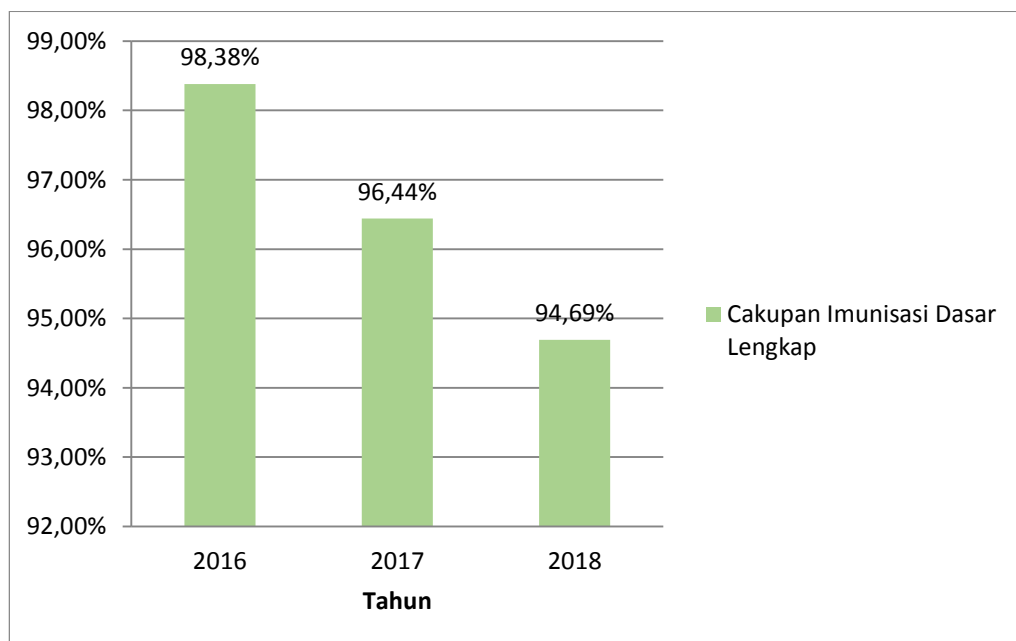


Gambar 4.22 Distribusi Total Kasus Difteri Berdasarkan Pemberian ADS



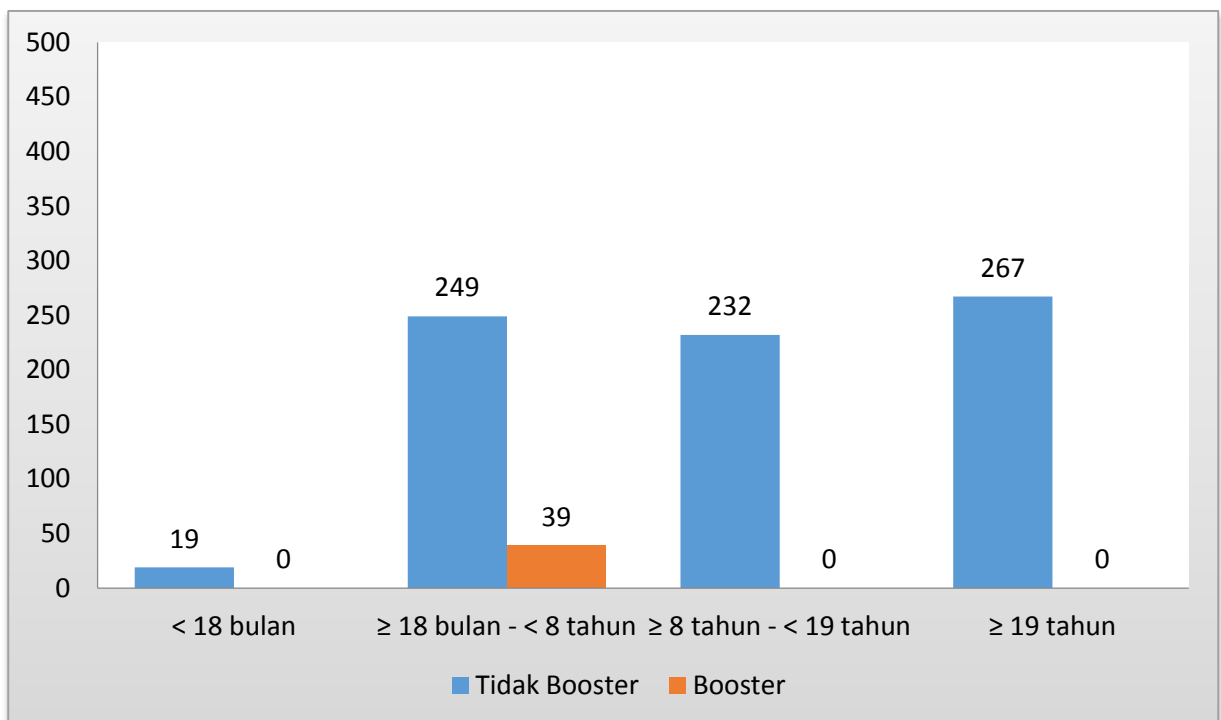
Gambar 4.23 Distribusi Total Kasus Difteri Berdasarkan Usia

Berdasarkan usia, kasus difteri paling banyak terjadi pada usia kurang dari 19 tahun (67%). Hal ini berkaitan erat dengan status pemberian imunisasi lanjutan atau *booster* pada usia baduta (bawah dua tahun). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, cakupan Imunisasi Dasar Lengkap pada bayi sesungguhnya telah berhasil mencapai target sesuai dengan RPJMN. Cakupan imunisasi dasar pada bayi tahun 2016 sebesar 93,38% telah berhasil mencapai target RPJMN yaitu 91,5%. Cakupan imunisasi dasar tahun 2017 yaitu 96,44% telah berhasil mencapai target RPJMN yaitu 92% serta cakupan tahun 2018 sebesar 94,69% juga telah mampu mencapai target RPJMN yaitu 92,5%.



Gambar 4.24 Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap di Provinsi Jawa Timur Tahun 2016-2018

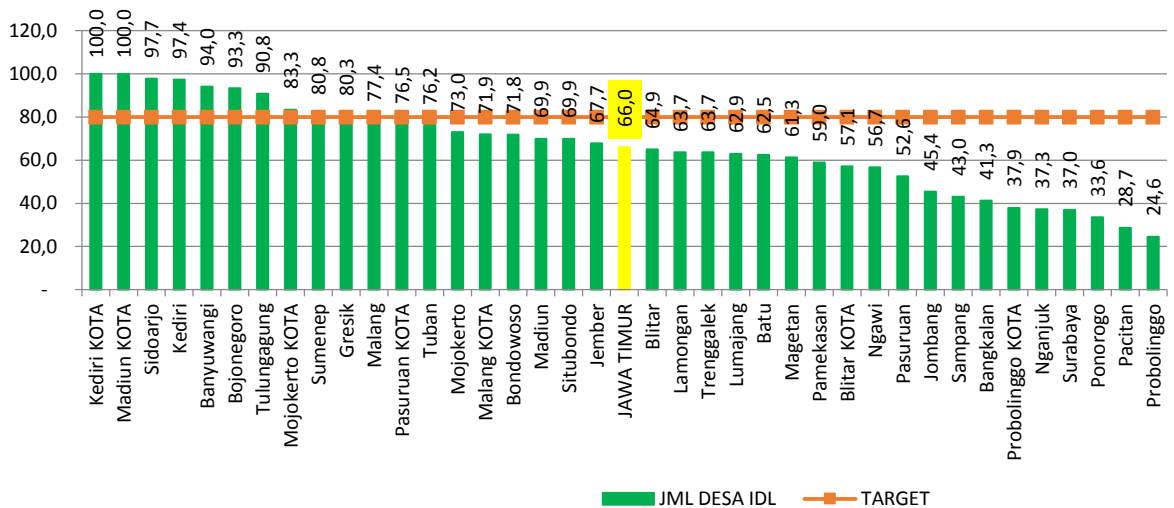
Capaian cakupan imunisasi pada bayi tersebut ternyata masih dianggap bermasalah, hal ini dikarenakan capaian imunisasi dasar tersebut mengalami penurunan dari tahun 2016 hingga tahun 2018 secara terus menerus serta didukung dengan distribusi pemberian imunisasi *booster* yang belum merata. Rendahnya angka cakupan imunisasi *booster* pada usia kurang dari 19 tahun menjadikan masih tingginya kasus difteri di Provinsi Jawa Timur. Hal ini tentu mendukung terjadinya kasus difteri di Provinsi Jawa Timur yang mana kasus difteri paling banyak menyerang usia kurang dari 19 tahun.



Gambar 4.25 Distribusi Status Booster Berdasarkan Usia

Selain itu, belum meratanya pemberian imunisasi di wilayah Provinsi Jawa Timur dianggap menjadi salah satu permasalahan yang penting untuk dibahas. Salah satu tujuan imunisasi yaitu menimbulkan kekebalan pada masyarakat, sehingga imunisasi juga berperan penting dalam menekan angka kesakitan dan kematian. Tujuan imunisasi dapat tercapai bila imunisasi pada bayi dilakukan dengan memegang prinsip pemberian imunisasi tinggi, merata, dan berkesinambungan. Berdasarkan data Provinsi Jawa Timur, desa yang mampu mencapai target UCI yaitu 80% belum sepenuhnya merata. Hal ini masih adanya desa yang belum mencapai target. Jumlah desa yang mampu mencapai target UCI di Jawa Timur hanya ada 10 wilayah yaitu Kota Kediri dan Kota Madiun (100%), Kabupaten Sidoarjo (97,7%), Kabupaten Kediri (97,4%), Kabupaten Banyuwangi (94%), Kabupaten Bojonegoro (93,3%), Kabupaten Tulungagung

(90,8%), Kota Mojokerto (83,3%), Kabupaten Sumenep (80,8%), dan Kabupaten Gresik (80,3%). Imunisasi merupakan salah satu upaya promosi dan pencegahan yang terbukti sangat *cost effective*, sehingga diharapkan permasalahan penurunan cakupan imunisasi dasar pada bayi yang juga didukung dengan ketidakmerataan pemberian imunisasi dapat ditelaah secara mendalam untuk dapat ditemukan solusi dari permasalahan tersebut.

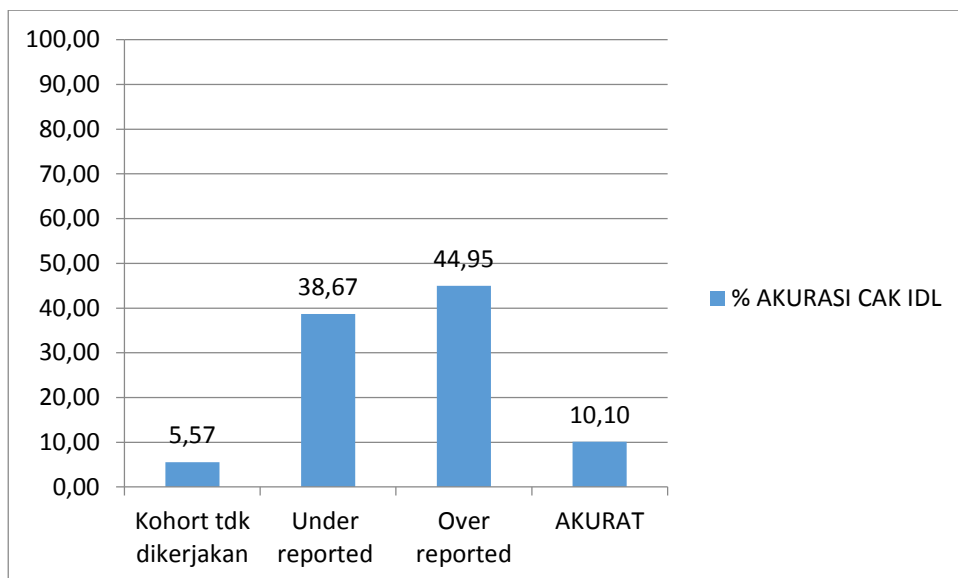


Gambar 4.26 Pemertaaan Imunisasi Dasar Berdasarkan target UCI (80%)

2. Adanya Kesenjangan data pencacatan di kohor dengan pelaporan

Permasalahan ini didasarkan hasil diskusi dengan beberapa anggota Tim Surveilans dan Imunisasi bahwa terdapat perbedaan hasil antara hasil pencacatan di kohor dengan hasil yang dilaporkan. Perbedaan atau kesenjangan data tersebut dapat didasarkan dari hasil pemantauan dan evaluasi suatu pelaksanaan kegiatan imunisasi. Secara lebih lanjut adanya kesenjangan data pelaporan dapat diketahui melalui *Data Quality Self-Assesment (DQS)*. DQS merupakan salah satu cara untuk memastikan akurasi data dan sifatnya *monitoring* data. DQS dilakukan dengan cara membandingkan pencacatan di kohor dan pelaporan.

Hasil DQS pada tahun 2017 mengenai pelaksanaan imunisasi dasar pada bayi menunjukkan masih ditemukan beberapa wilayah / daerah yang menunjukkan adanya kesenjangan antara data hasil dengan data yang dilaporkan. Berdasarkan data dari DQS Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, presentase akurasi cakupan IDL tahun 2017 diperoleh sebagai berikut



Gambar 4.27 Presentase Akurasi Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017

Berdasarkan data diatas presentase akurasi cakupan IDL dapat dibuktikan dengan hasil pemantauan melalui DQS terhadap beberapa wilayah di Provinsi Jawa Timur melalui tabel berikut

Tabel 4.1 Data DQS Beberapa Wilayah di Provinsi Jawa Timur Tahun 2017

Wilayah	Tdk Ada Kohort (0%)	Akurat (100%)	Over Reported (>100%)	Under Reported (<100%)
Ponorogo	5	27	41	27
Tuban	12	8	62	18
Ngawi	0	0	57	43
Lumajang	0	8	25	67
Kota Kediri	0	25	75	-
Pasuruan	29	0	64	7
Pacitan	0	0	0	100
Kota Prob	0	0	67	33
Bojonegoro	0	19	22	59
Probolinggo	0	0	0	100
Trenggalek	0	9	45	46
Malang	0	0	71	29
Blitar	0	26	42	32
Nganjuk	4	11	11	74
Bondowoso	0	11	50	39
Gresik	18	0	55	27
Kota Mojokerto	17	0	67	16

Dari hasil data DQS dapat disimpulkan bahwa adanya kesenjangan data pencacatan di kohor dan pelaporan dapat terbukti di beberapa wilayah. Beberapa diantaranya ditemukan daerah yang memiliki tingkat melaporkan yaitu 0%, under reported, dan over reported. Sedangkan beberapa daerah bahkan tidak memiliki keakuratan data yaitu pada Wilayah Kota Mojokerto, Kabupaten Gresik, Kabupaten Malang, Kabupaten dan Kota Probolinggo, Kabupaten Pacitan, Kabupaten Pasuruan, serta Kabupaten Ngawi.

3. Permasalahan logistik atau manajemen vaksin dalam penyelenggaraan imunisasi

Pelaksanaan imunisasi dasar pada bayi di salah satu daerah yaitu tepatnya di Puskesmas Balowerti Kota Kediri memiliki angka cakupan yang rendah yaitu 8,78% dari total 5 Desa didalamnya. Rendahnya cakupan imunisasi dasar menjadi salah satu perhatian khusus dan perlu diselidiki mengenai ketersediaan logistik dan manajemen vaksin yang berlaku. Berdasarkan data cakupan imunisasi dasar pada bayi, Puskesmas Balowerti yang membawahi 5 Desa membutuhkan vaksin HB 0 untuk 42 bayi, vaksin BCG untuk 25 bayi, vaksin Polio untuk 164 bayi, vaksin DPT/HB/Hib untuk 134 bayi, dan vaksin MR untuk 48 bayi.

Tabel 4.2 Cakupan Imunisasi Dasar Puskesmas Balowerti Bulan Januari Tahun 2017

Desa / Kelurahan	Jumlah <i>Surviving Infant</i>	HB 0	BCG	Polio	DPT/HB/Hib	MR	IDL	
		n	n	n	n	n	#JML	%
Desa Balowerti	109	8	7	30	23	9	7	6.42
Desa Dandangan	100	4	3	24	21	5	5	5.00
Desa Ngadirejo	167	16	9	60	51	16	16	9.58
Desa Semampir	125	12	5	40	30	14	14	11.20
Desa Pocanan	23	2	1	10	9	4	4	17.39
Total	524	42	25	164	134	48	46	8.78

Kebutuhan akan vaksin dalam keberhasilan kegiatan imunisasi nampaknya terkendala dari ketersediaan stok atau penerimaan vaksin. Hal ini dibuktikan dengan laporan ketersediaan vaksin dan logistik pada Puskesmas balowerti Kota Kediri di Bulan Januari Tahun 2018 bahwa ketersediaan vaksin tidak mencukupi dan memenuhi kebutuhan vaksin. Hal ini yang mendasari ketersediaan vaksin dan logistik menjadi suatu permasalahan yang perlu dibahas.

Dalam hal ini, Puskesmas Balowerti tidak memiliki ketersediaan vaksin BCG, DPT, HB 0, dan Campak. Ketersediaan vaksin dan logistik imunisasi tersebut tercatat 0 buah. Sedangkan kebutuhan akan imunisasi tersebut sangatlah penting. Sehingga pencapaian cakupan IDL pada Puskesmas Balowerti Kota Kediri tercatat rendah bahkan jauh dari target.

Tabel 4.3 Laporan Ketersediaan Logistik dan vaksin Puskesmas Balowerti Bulan Januari Tahun 2018

Jenis Vaksin	Stok Awal Bulan	Penerimaan	Jumlah	Pemakaian	Sisa Logistik	Total	IP Vaksin
BCG	0	6	6	6	0	20	3
Polio	7	0	0	0	0	79	11
DPT/HB/Hib	0	0	0	0	0	0	0
HB 0	0	0	0	0	0	0	0
Campak	0	0	0	0	0	0	0
Pelarut BCG	0	0	0	0	0	0	0
Pelarut Campak	0	0	0	0	0	0	0

Hasil diskusi permasalahan ketersediaan logistik dan vaksin dengan beberapa anggota Tim Surveilans dan Imunisasi bahwa menyebutkan bahwa permasalahan ini timbul karena adanya peraturan yang mengatur perlogistikan kurang baik dilaksanakan, sehingga penyediaan vaksin kurang terpantau dan terevaluasi dengan baik dan benar dalam pelaksanaan imunisasi. Selain itu komitmen para petugas pengelola dianggap kurang dalam pelaksanaan kegiatan imunisasi dasar.

4.6 Prioritas masalah terhadap Pelaksanaan Program Imunisasi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Setelah diketahui terdapat 3 masalah utama pada pelaksanaan program imunisasi dasar tahun 2018 oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, maka dilakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode CARL dengan pengisian kuisioner prioritas masalah oleh beberapa petugas di Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Adapun hasil dari penentuan prioritas masalah adalah sebagai berikut:

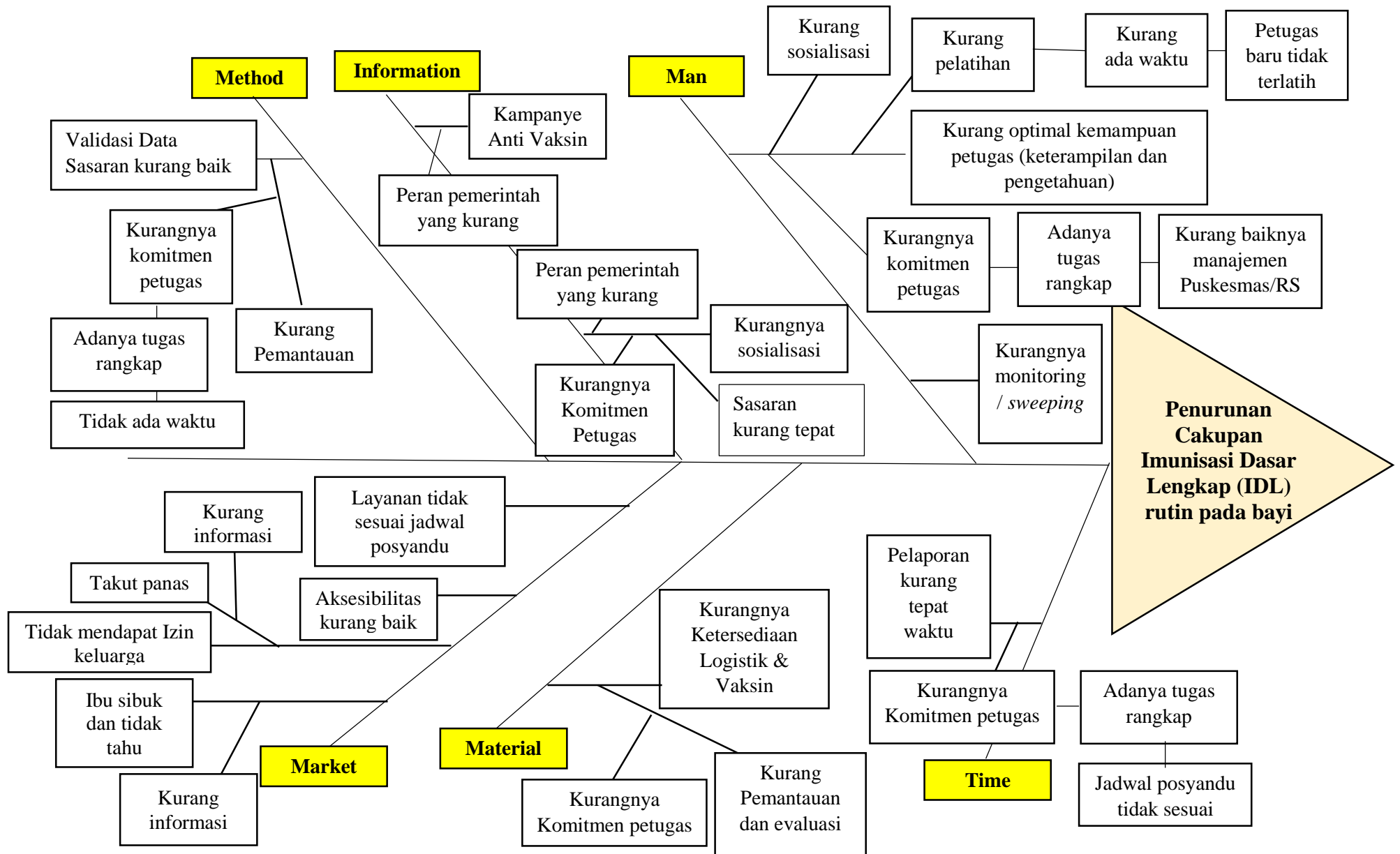
Tabel 4.4 Prioritas masalah dengan metode CARL

Masalah	Responden	Skor				Total	Total Skor
		C	A	R	L		
Penurunan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) rutin pada bayi	A	5	4	4	5	400	1.260
	B	5	5	4	3	300	
	C	4	3	3	5	180	
	D	3	2	2	5	60	
	E	4	4	4	5	320	
Kesenjangan data pencacatan di kohor dengan pelaporan	A	3	2	2	3	36	436
	B	3	2	2	3	36	
	C	2	2	4	4	64	
	D	5	2	3	4	120	
	E	3	3	4	5	180	
Permasalahan logistik atau manajemen vaksin dalam penyelenggaraan imunisasi	A	5	1	1	3	15	727
	B	5	1	1	3	15	
	C	2	3	3	4	72	
	D	5	3	3	4	180	
	E	5	5	5	5	625	

Berdasarkan perhitungan prioritas masalah dengan menggunakan metode CARL didapatkan hasil penurunan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) rutin pada bayi menjadi prioritas utama dengan total skor tertinggi sebesar 1.260.

4.7 Penyebab Masalah terhadap Pelaksanaan Program Imunisasi Di Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Identifikasi penyebab masalah menggunakan klasifikasi berdasarkan sumberdaya yaitu meliputi *man, market, material, method, time* dan *information*.



Gambar 4.28 Fishbone Penurunan Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) Rutin Pada Bayi

Analisis akar penyebab masalah menggunakan diagram *fishbone* terhadap masalah penurunan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) rutin pada bayi, yaitu:

a. Man

Penurunan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap pada bayi dapat disebabkan salah satunya karena kemampuan petugas pengelola yang kurang baik, baik dalam segi keterampilan yang diaplikasikan dalam praktek dan dalam segi pengetahuan petugas. Kemampuan petugas dapat diakibatkan karena kurangnya komitmen petugas dalam pelaksanaan hal ini didukung dengan kurang baiknya manajemen Puskesmas atau RS dalam membagi tugas/*jobdesk* sehingga terjadi tugas rangkap di satu petugas. Penyebab lain yaitu kurangnya pelatihan diakibatkan kurangnya waktu serta adanya penambahan tenaga pelaksana baru, dan kurang sosialisasi. Terjadinya penurunan cakupan IDL juga dapat didukung dari kurang optimalnya kinerja petugas di lapangan diluar pihak Dinas Kesehatan Provinsi misalnya bidan dan/atau kader dalam melaksanakan *sweeping*.

b. Material

Material pelaksanaan imunisasi dapat didasarkan pada logistik dan vaksin. Permasalahan di logistik dan vaksin disebabkan karena adanya beberapa peraturan yang menghambat penyediaan vaksin dan mengakibatkan keterlambatan pengiriman vaksin. Penyediaan yang terbatas dan terlambat mampu mempengaruhi jumlah cakupan imunisasi dasar sehingga menyebabkan cakupan IDL di suatu daerah tidak tercapai sesuai target. Hal ini didukung dengan kurangnya pemantauan kebutuhan logistik dan vaksin karena komitmen petugas yang kurang perhatian terhadap hal tersebut.

c. Method

Metode yang digunakan dalam pelaksanaan program imunisasi memicu timbulnya permasalahan seperti validasi data serta penggunaan beberapa posyandu di lapangan. Adanya kesenjangan antara data sasaran dengan hasil laporan disebabkan karena metode yang kurang baik dijalankan oleh petugas. Hal ini didasarkan karena kurang kuatnya komitmen petugas dalam melaksanakan tugas seperti pemantauan dan evaluasi. Sehingga jika pemantauan / monitoring dilakukan dengan baik misalnya pada *Data Quality Self Assesment* (DQS) maka akan segera dipertemukan permasalahan laporan yang tidak akurat. Dengan begitu dapat dilakukan pengecekan cakupan imunisasi dasar pada bayi. Selain itu adanya tugas rangkap yaitu pelaksanaan ORI juga cukup menjadi penyebab masalah penurunan cakupan IDL, karena petugas merangkap tugas sehingga kurang ada waktu untuk memperhatikan pemberian IDL pada bayi.

d. Market

Market atau sasaran dari program imunisasi khususnya ditunjukkan pada Ibu. Ibu yang terlalu sibuk dengan pekerjaan serta ibu yang kurang memiliki pengetahuan / tidak tahu mengetahui imunisasi juga berimbas pada penurunan cakupan imunisasi dasar pada bayi. Hal ini dikarenakan kurangnya informasi yaitu sosialisasi pada ibu. Lingkungan ibu termasuk keluarga juga berperan penting dalam pelaksanaan program imunisasi. Tidak diberikan izin oleh keluarga karena takut bayi panas merupakan salah satu alasan yang menjadi pemicu program imunisasi tidak terlaksana dengan baik, hal ini juga dapat disebabkan karena kurangnya informasi. Aksesibilitas sasaran ke tempat imunisasi yang jauh juga menjadikan program imunisasi tidak tepat pada sasaran. Disamping itu, layanan posyandu yang tidak sesuai dengan kebutuhan juga menjadi pemicu turunnya cakupan Imunisasi Dasar Lengkap. Hal ini dikarenakan pelaksanaan jadwal posyandu yang tidak sesuai dengan jadwal ibu. Sehingga bisa saja pelaksanaan program posyandu tersebut tidak dapat menjangkau bayi yang memiliki ibu dengan aktivitas padat (ibu yang bekerja)

e. Information

Informasi yang kurang baik mengenai imunisasi menjadikan adanya golongan atau sekelompok anti vaksin yang menolak pemberian vaksin. Kampanye yang dilakukan oleh tim anti vaksin akan berdampak buruk dan berpengaruh pada capaian cakupan imunisasi dasar. Hal ini juga mendukung penyebab masalah yaitu kurangnya sosialisasi, baik dari pihak pemerintah maupun tenaga pelaksana. Selain itu kurangnya sosialisasi juga dapat disebabkan karena sosialisasi yang diberikan tidak tepat diberikan pada sasaran yang membutuhkan sehingga penyampaian informasi mengenai imunisasi kurang dapat terserap dengan baik. Diharapkan komitmen petugas mampu melaksanakan tugas dengan baik agar mampu menyadarkan masyarakat bahwa imunisasi merupakan kebutuhan yang akan berdampak pada bayi ibu.

f. Time

Ketepatan pelaporan yang kurang baik dirasa menjadi salah satu pemicu timbulnya suatu permasalahan. Pelaporan yang tidak tepat dapat disebabkan karena kurang kuatnya komitmen petugas dalam menyelesaikan tugas. Komitmen petugas di lapangan seringkali terbengkalai karena adanya pemberian tugas rangkap. Hal ini tentu menjadikan pelaksanaan posyandu tidak dapat berjalan semestinya sesuai pelaksanaan IDL rutin pada bayi, sehingga memicu terjadinya penurunan angka cakupan IDL.

Penurunan cakupan IDL rutin dapat memicu terjadinya Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) dan berpotensi menjadi KLB jika tidak segera dilaporkan. Keterlambatan perolehan informasi mengenai suatu daerah yang mengalami KLB juga akan berdampak buruk bagi masyarakat.

4.8 Alternatif Solusi terhadap Pelaksanaan Program Imunisasi di Provinsi Jawa Timur

Setelah ditemukan akar penyebab masalah maka ditentukan beberapa alternatif solusi yang dapat diberikan untuk pihak Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, yaitu:

1. Mendukung adanya perbaikan manajemen Fasilitas Kesehatan (Puskesmas/RS)

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur diharapkan mampu mendukung adanya perbaikan manajemen fasilitas kesehatan yang dapat dilakukan dengan penambahan pelatihan bagi petugas pelaksana program imunisasi, terutama bagi petugas baru. Pelatihan yang diberikan kepada petugas juga diharapkan mampu meningkatkan komitmen petugas dalam menjalankan tugas. Dalam hal ini pelatihan yang mampu diberikan adalah cara pemberian imunisasi yang tepat dan pemahaman mengenai kontra indikasi pemberian imunisasi. Kunci utama dalam penyelesaian penyebab masalah yaitu adanya komitmen petugas dalam melaksanakan segala hal sesuai dengan tupoksi. Sehingga kesadaran pentingnya komitmen bagi petugas merupakan hal yang sangat mendasar dan penting bagi kesuksesan pelaksanaan program ini. Selain itu pentingnya menguatkan komitmen pimpinan fasilitas kesehatan misalnya puskesmas, untuk menjaga cakupan imunisasi terlaksana dengan merata, tinggi dan berkesinambungan sehingga dapat dijadikan sebagai dasar perencanaan yang riil. Komitmen petugas tersebut diharap mampu menjadikan petugas tertib dalam pencatatan status imunisasi bayi di buku kohor, melakukan pengawasan yang berkualitas, melakukan evaluasi yang rutin serta didukung dengan pembinaan staf. Adanya pelatihan atau *training* juga diharapkan mampu meningkatkan kemampuan petugas baik dari segi ketrampilan (praktik) dan segi pengetahuan dari pengelola program imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi maupun tenaga kesehatan di lapangan.

2. Mendukung peningkatan sosialisasi dan peran aktif masyarakat melalui beberapa program

Pemberian informasi melalui media cetak, media sosial, media elektronik, serta media luar ruang diharapkan mampu menambah wawasan dan pengetahuan dari masyarakat khususnya sasaran. Sasaran dalam hal ini diprioritaskan untuk ibu, namun juga pentingnya sosialisasi terhadap lingkungan disekitar ibu yang berpotensi untuk menolak kegiatan imunisasi seperti ayah, kakek, dan nenek.

Pelaksanaan sosialisasi berupa penyuluhan juga sebaiknya perlu dilakukan menyesuaikan jadwal dan ketersediaan waktu sasaran (ibu yang bekerja atau ibu yang tidak mengetahui imunisasi serta sasaran di lingkungan ibu seperti ayah/kakek/nenek.). Hal ini berguna demi tepatnya penyampaian materi mengenai imunisasi. Keikutsertaan kader sebagai wakil dari masyarakat dalam pelaksanaan program imunisasi diharapkan mampu memperluas pemahaman masyarakat dan diharapkan kader mampu menyampaikan kepada masyarakat lainnya. Selain itu pihak pemerintah juga turut berperan aktif dalam menyebarkan informasi melalui berbagai media. Hal ini bertujuan untuk meyakinkan dan memperkuat pemahaman dan keinginan seseorang dalam mengikuti imunisasi. Didasarkan dengan pemahaman dan pengetahuan mengenai imunisasi, diharapkan seseorang akan mulai menyadari betapa pentingnya pemberian imunisasi untuk bayi. Kurangnya kesadaran terhadap pentingnya kebutuhan akan imunisasi menjadi akar penyebab suatu permasalahan dimana ibu / sasaran tidak mau melakukan imunisasi untuk memberikan perlindungan kepada bayi. Sehingga diharapkan dengan adanya pengetahuan dan wawasan mengenai imunisasi, ibu dan sasaran mau untuk mengimunitasikan bayi nya.

3. Mendorong pelaksanaan *sweeping*

Dalam pelaksanaan Imunisasi Dasar pada bayi, diharapkan komitmen petugas pelaksana program imunisasi di desa akan meningkatkan kinerja dalam memantau dan/atau melakukan evaluasi dalam bentuk pemantauan kegiatan bayi dalam pelaksanaan *sweeping*. Dalam hal ini adanya kesenjangan data yang diperoleh oleh Dinas Kesehatan Provinsi nantinya akan berguna untuk pelaksanaan *sweeping*. Pelaksanaan *sweeping* bertujuan untuk melengkapi status imunisasi dasar bayi yang belum lengkap. Sehingga pelaksanaan *sweeping* secara dini diharapkan mampu menekan dan mencegah terjadinya suatu KLB di suatu wilayah.

4. Mendukung pelaksanaan asistensi, monitoring, dan evaluasi program imunisasi

Pelaksanaan imunisasi seharusnya dapat dilakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala dan pemeriksaan ulang hasil di lapangan dengan pelaporan yang akan disampaikan. Hal ini juga bertujuan untuk menghindari adanya kesenjangan data dan berakibat data laporan yang tidak *valid*. Monev sebaiknya dilaksanakan secara berjenjang dan berkelanjutan. Pelaksanaan monev diharapkan mampu dilaksanakan dengan baik, dan sebaiknya bila ada petugas yang tidak melaksanakan tugas sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur) mendapatkan sanksi atau hukuman sebagai bentuk peringatan dalam kedisiplinan pelaksanaan monitoring dan evaluasi.

Selain itu juga dapat diberikan hadiah/penghargaan/*reward* kepada petugas yang mampu melaksanakan tugas sesuai dengan SOP.

5. Mendorong penggunaan media online dalam penyebaran informasi

Pemanfaatan media online agar informasi lebih cepat terkumpul dan memudahkan para tim dalam penggunaannya. Pembuatan media sosial seperti grup *WhatssApp* untuk koordinasi antar korim, bidan, kader, dan sasaran imunisasi (ibu). Selain itu, laporan logistik harian oleh petugas sebaiknya dapat juga via *online* sehingga lebih mudah diakses dan dilaporkan. Pelaporan sebaiknya diberikan jangka waktu sehingga petugas tidak menunda pekerjaan dalam melaporkan logistik. Perlunya pemberian *reward* bagi petugas yang tepat melaporkan diharapkan mampu menumbuhkan semangat dalam melaksanakan tugasnya. Begitu juga adanya penerapan hukuman / sanksi bagi petugas yang terlambat maupun yang tidak melaporkan.

6. Mendukung keterlibatan *stakeholder* terkait yang konstruktif untuk peningkatan pelayanan imunisasi. Dalam hal ini pihak Dinas Kesehatan Provinsi dapat berperan untuk melaksanakan pertemuan dengan bidan, kader, masyarakat, tokoh agaman, maupun tokoh masyarakat untuk memberikan penyuluhan dan memaparkan kejadian PD3I agar menyadarkan sasaran terkait pentingnya kebutuhan imunisasi. Selain itu perlunya keterlibatan peran serta aktif dari Babinsa (Bintara Pembina Desa) dan Babinsa Kamtibmas (Bintara Pembina Desa Keamanan dan Ketertiban Masyarakat) di desa khususnya fungsi penggerakan sasaran yang berisiko melakukan penolakan. Dalam hal ini Babinsa diharapkan mampu mendukung pelaksanaan dan mengajak masyarakat untuk rutin melakukan imunisasi dan membantu mengatasi permasalahan apabila terdapat tim anti vaksin di suatu wilayah. Tujuan adanya Babinsa untuk menertibkan pelaksanaan imunisasi dan mendukung peningkatan cakupan IDL rutin pada bayi.

4.9 Kegiatan selama magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Pelaksanaan magang di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengikuti kegiatan antara lain:

1) Pengarahan materi kebencanaan oleh Tim Bidang Penanggulangan Krisis Kesehatan

Kegiatan dilaksanakan hari Senin, 14 Januari 2019 Pukul 08.00-10.00 WIB di Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan Regional Jawa Timur Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan pemateri Bapak Didiek Rachmadi. Materi yang disampaikan mengenai pengenalan kebencanaan dan cara penanganan diri ketika bencana.

Setelah pemberian materi, mahasiswi diajak untuk melihat gudang yang berisi peralatan dan kebutuhan yang digunakan di lokasi bencana.

2) Kegiatan kunjungan ke BPBD Provinsi Jawa Timur

Kegiatan dilaksanakan hari Senin, 21 Januari 2019 pukul 07.30-13.00 WIB. Kegiatan dilaksanakan dengan berkunjung ke kantor BPBD Provinsi Jawa Timur. Kunjungan tersebut dilengkapi dengan adanya pemberian penjelasan mengenai kegunaan salah satu ruang. Ruang tersebut berisikan sistem dan informasi dalam menghadapi bencana di Provinsi Jawa Timur. Selanjutnya, pemberian materi dan tanya jawab mengenai data dan informasi kebencanaan.

3) Kegiatan kunjungan ke Penyelidikan Epidemiologi Terhadap Kasus DBD di Kabupaten Trenggalek

Kegiatan dilaksanakan pada hari Kamis, 25 Januari 2019 dan berangkat dari Surabaya pukul 04.30 WIB. Sesampainya di Kota Trenggalek kami menuju Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek, Puskesmas Pogalan, Rumah Sakit Soedomo Trenggalek. Kunjungan tersebut bertujuan untuk menyelidiki kasus DBD di Kabupaten Trenggalek. Selain itu juga menganalisis kejadian DBD dengan sanitasi dan kesehatan lingkungan setempat yang didasarkan dengan data sekunder mengenai data ABJ (Angka Bebas Jentik), data HI, data CI, serta laporan kejadian atau kasus DBD yang terjadi di wilayah setempat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Penyelenggaraan imunisasi terdiri dari kegiatan perencanaan, penyediaan dan distribusi logistik, penyimpanan dan pemeliharaan logistik, penyediaan tenaga pengelola, pelaksanaan pelayanan, pengelolaan limbah, pemantauan dan evaluasi.
2. Berdasarkan hasil cakupan imunisasi dasar pada bayi mengalami penurunan yaitu tahun 2016 sebesar 98,38%, tahun 2017 sebesar 96,44%, dan tahun 2018 menurun menjadi 94,69%. Walaupun demikian cakupan imunisasi dasar di Provinsi Jawa Timur telah mencapai target Renstra / RPJMN tahun 2015-2019
3. Hasil cakupan imunisasi dasar pada bayi tahun 2016 hingga tahun 2018 menunjukkan jenis imunisasi yang mengalami penurunan capaian yaitu imunisasi BCG dan imunisasi DPT/HB/Hib 1.
4. Hasil permasalahan yang dihadapi oleh program imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yaitu penurunan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) rutin pada bayi, adanya kesenjangan data pencacatan di kohor dengan pelaporan, serta permasalahan logistik atau manajemen vaksin dalam penyelenggaraan imunisasi.
5. Prioritas permasalahan dengan menggunakan metode CARL diperoleh penyebab masalah dari aspek *Man, Market, Method, Material, Time, dan Information*.
6. Alternatif solusi untuk permasalahan penurunan cakupan antara lain mendukung adanya perbaikan manajemen fasilitas kesehatan khususnya peningkatan komitmen petugas, mendukung sosialisasi dan peran aktif masyarakat, mendorong kegiatan *sweeping*, mendukung pelaksanaan asistensi, monitoring dan evaluasi, mendorong penggunaan media *online* untuk penyebaran informasi, serta mendukung keterlibatan *stakeholder* untuk peningkatan pelayanan imunisasi .

5.2 Saran

1. Mendorong adanya kebijakan yang tegas dalam mengatur urusan logistik dan vaksin dalam pencapaian imunisasi dasar yang tinggi, merata, dan berkesinambungan.
2. Memfasilitasi adanya pelaksanaan pelatihan kepada petugas pelaksana program imunisasi terutama petugas baru, sehingga mampu meningkatkan komitmen dalam menjalankan tugas dan fungsinya.

3. Mendukung perbaikan manajemen fasilitas kesehatan (Puskesmas, RS, dll) terkait pencapaian petugas yang berkomitmen dalam menjalankan tugas.
4. Memfasilitasi kerjasama dengan *stakeholder* terkait dengan kesuksesan pelaksanaan program imunisasi.
5. Melakukan pemantauan dan meningkatkan kinerja *sweeping* terhadap ibu khususnya yang memiliki bayi usia kurang dari 1 tahun.
6. Mendorong adanya perbaikan aksesibilitas masyarakat untuk ikut serta dan berperan aktif dalam kegiatan posyandu melalui advokasi ke Pemerintahan Pusat.
7. Mendorong dan memfasilitasi sosialisasi dan penyuluhan mengenai pentingnya imunisasi terhadap masyarakat agar tepat sasaran yaitu ibu serta lingkungan yang berpotensi untuk melarang imunisasi seperti ayah, nenek, maupun kakek.
8. Meningkatkan kinerja dalam melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program imunisasi dasar pada bayi.
9. Mendukung penggunaan media *online* untuk penyebaran informasi dan mendorong peran aktif masyarakat dalam keberhasilan program imunisasi

DAFTAR PUSTAKA

- Anton, Abang. 2014. Gambaran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Ibu Tentang Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Di Wilayah Kerja Puskesmas Selalong Kecamatan Sekadau Hilir Kabupaten Sekadau. *Jurnal Keperawatan*. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2014. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019*. Jakarta
- Budi, Dwi Agus. 2012. *Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Campak Pada Peristiwa Kejadian Luar Biasa Campak Anak (0-59 Bulan) Di Kota Banjarmasin Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2011*. Skripsi. Universitas Indonesia.
- Damayanti, Niken Ayu. 2009. *Pengembangan Sistem Informasi Program Imunisasi*. Skripsi. Universitas Indonesia.
- Depkes RI., 2005. *Petunjuk Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Depkes RI., 2009. *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Depkes RI., 2017. *Pedoman pengelolaan vaksin*. Jakarta: Dirjen Bina Farmasi dan Alat Kesehatan.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2017. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2016*.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. 2017. *Profil Kesehatan Tahun 2016*.
- Fitriansyah, A. 2018. The Description of Diphtheria Immunization History to Diphtheria Patients in Surabaya at 2017. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 6(2), p. 103. doi: 10.20473/jbe.V6I22018.103-111.
- Fitriansyah, Ayu. 2018. *Evaluasi Coverage Survey Imunisasi Measles Rubella Di Puskesmas Kedungdoro Kota Surabaya*. Skripsi. Universitas Airlangga.
- Gondowardojo, Yustinus., Wirakusuma, Ida. 2014. *Tingkat Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Ibu Mengenai Pemberian Imunisasi Dasar Pada Bayi Di Wilayah Kerja Puskesmas Bebandem Tahun 2014*. Skripsi. Universitas Udayana.
- IDAI. 2011. *Pedoman Imunisasi Di Indonesia*. Edisi keempat. Jakarta: Departemen Ilmu Kesehatan Anak.
- Istriyati, E, 2011. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Kelengkapan Imunisasi Dasar Bayo Di Desa Kumpul Rejo Kecamatan Agromulyo Kota Salatiga*. Skripsi. Universitas Negeri Semarang
- Kemenkes RI. 2014. *Buku Ajar Imunisasi*. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta : Kemenkes RI

- Kemenkes RI. 2017. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2018. Info Datin Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta : Kemenkes RI
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi
- Manoj V. Murhekar, P. Kamaraj, K. Kanagasabar, G. Elevarasu, T. Daniel Rajasekar, K. Boopathi, 2017. Coverage Of Childhood Vaccination Among Children Aged 12-23 Months. *Indian Journal Med.* Vol 10 (15): pp. 377-386
- Notoatmodjo, S., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas, dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Pratiwi, Luriana Nur. 2012. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Imunisasi Dasar Pada Balita Umur 12-23 Bulan Di Indonesia Tahun 2010*. Skripsi. Universitas Indonesia.
- Proverawati, A., Andhini C.S.D. 2010. *Imunisasi dan Vaksinasi*. Yogyakarta: Nuha Offset.
- Ranuh, I.G.N., Suyitno H., Hadinegoro S.R.S., Kartasasmita C.B., Ismoedijanto., Soedjatmiko., 2008. *Pedoman Imunisasi di Indonesia*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Supriyanto, S., 2010. *Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan*. Surabaya: Airlangga Press.
- UNICEF Indonesia. 2013. www.unicef.org/indonesia/id/media_3175html.
- UNICEF, 2008. *Immunization Coverage Survey*. Somaliland
- Utami, Putri Intianti, 2012. *Analisis Valid Dose Pemberian Imunisasi DPT dan Kejadian Difteri*. Skripsi. Universitas Jember.
- World Health Organization (WHO). 2008. *The Global Burden of Disease: This figure includes pneumonia deaths that occur in the neonatal period, but not those that are associated with measles, pertussis and HIV*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2016. *Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2015 Estimates of Immunization Coverage*. Geneva: WHO

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permohonan Izin Magang



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

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

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

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


30 Oktober 2018

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

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

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

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I,

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



Tembusan :


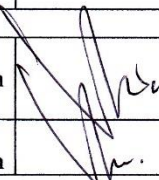
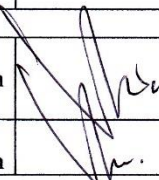
1. Dekan FKM UNAIR;
2. Ketua Departemen Epidemiologi, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Biostatistik & Kependudukan, FKM UNAIR;
4. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
5. Ketua Departemen Gizi Kesehatan, FKM UNAIR;
6. Ketua Departemen Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku, FKM UNAIR;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

Lampiran 2








LEMBAR CATATAN KEGIATAN DAN ABSENSI MAGANG

Nama Mahasiswa : Dwi Rismayanti Wigrhadita
 NIM : 101511133003
 Tempat Magang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
 (Bagian Surveilans dan Imunisasi)

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
Hari ke-1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalan dengan petugas yang ada di bagian surveilans dan imunisasi. 2. Penyampaian program dan kegiatan yang ada di bagian surveilans dan imunisasi oleh Pak Gito, Pak Hugeng, Pak Suradi dan Pak Saiku. 3. Mempelajari pedoman tentang pelaksanaan surveilans dan imunisasi : <ol style="list-style-type: none"> a. PERMENKES No. 1501 Tahun 2010 tentang Jenis Penyakit Menular Potensial Wabah dan Upaya Penganggulannya b. KEPMENKES No. 042 Tahun 2007 tentang Pedoman SKD dan KLB Malaria c. Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Penyakit Menular dan Keracunan Pangan d. Pedoman PE KLB e. PMK No. 82 Tahun 2014 tentang Penaggulangan Penyakit Menular f. UU No. 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular g. Tupoksi Bidang P2P dan Seksi Surveilans dan Imunisasi, PERGUB No. 74 Tahun 2016 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyampaian materi tentang SKDR dan KLB oleh Bapak Saiku. Materi tersebut yaitu tentang : <ol style="list-style-type: none"> a. SKDR merupakan antisipasi KLB dan dapat menangkap secara cepat informasi informasi (surveilans cepat). Selain itu merupakan dasar landasan. b. SKDR juga merupakan sistem berbasis web yang sifat pelaporannya yaitu mingguan. c. Provinsi Jawa Timur terdiri dari kurang lebih 964 Puskesmas dengan 23 jenis Penyakit Menular (mayoritas wabah <i>zoonosis</i>) d. Data yang didapatkan berasal dari Web atau SMS e. KLB merupakan lingkupan kecil dari wabah. f. Dikatakan KLB jika terdapat 1 kasus difteri, sedangkan untuk campak apabila terdapat 5 kasus. g. Indikator SKDR : <ul style="list-style-type: none"> > Kelengkapan : 90% 	

	<p>Dikatakan lengkap apabila semua Puskesmas melaporkan.</p> <p>➤ Ketepatan : 80% Dikatakan tepat apabila sudah terisi hari Selasa pukul 12.00</p> <p>➤ Respon <i>Alert</i> : 80%</p> <p>2. Penyampaian beberapa materi oleh Bapak Suradi Materi tersebut yaitu tentang :</p> <p>a. Surveilans dan imunisasi dibawah P2P yang terdiri dari surveilans PD31 (analisa trend, analisa ORI, campak, rubella, difteri, AFP), Imunisasi dan Haji.</p> <p>b. Komponen vaksin difteri paling rendah dalam pembentukan antibodi.</p> <p>c. Tahun 2017 KLB campak 40 kali dan tahun 2018 KLB campak 1 kali.</p> <p>d. Penemuan polio yaitu 2/100.000 anak usia < 15 tahun per tahun.</p> <p>e. AFP merupakan kumpulan gejala kelumpuhan yang menyerupai polio.</p> <p>f. Program yang ada yaitu SKDR dengan kuncinya <i>Alert</i>, akan tetapi penggunaan hal tersebut kurang tepat karena peloprannya yaitu satu minggu sekali, sedangkan penyebaran virusnya berlangsung dengan cepat.</p> <p>g. Langkah yang seharusnya dilakukan yaitu Pra Kasus yaitu tindakan mitigasi Contoh yang dilakukan yaitu makanan yang di masak > 6 jam sudah mulai pembusukan sehingga keracunan pangan. Hal yang dapat dilakukan yaitu sosialisai bidan desa kepada masyarakat.</p>	
Hari ke-3	<p>1. Kegiatan yang dilakukan yaitu mengikuti senam pagi dan <i>acupressure</i>. <i>Acupressure</i> yaitu terapi alternatif dengan mengandalkan jari tangan yang berdasarkan metode akupuntur. Terapi tersebut dilakukan untuk meredakan nyeri pinggang, stress, sakit kepala dan ketahan imun.</p> <p>2. Penyampaian beberapa materi oleh Bapak Hugeng</p> <p>➤ Pentingnya surveilans Pada umumnya semua bidang membutuhkan kegiatan surveilans. Contoh yang terjadi yaitu kegiatan posyandu meruapkan pemantauan tumbuh kembang anak, padahal kegiatan tersebut sudah termasuk kegiatan surveilans.</p> <p>➤ Contoh kegiatan surveilans di bidang yang lain. Apabila seorang BIN : mencari orang yang jahat Apabila surveilans : yaitu mencari orang yang sakit, mencari sumber penyebab dan memotong rantai penularan.</p>	
Minggu ke-2		
Hari ke-1	<p>1. Apel pagi</p> <p>2. Input Data Kasus Difteri di Jawa Timur Tahun 2018</p>	
Hari ke-2	<p>1. Apel pagi</p> <p>2. Input Data Kasus Difteri di Jawa Timur Tahun</p>	

	2018	
Hari ke-3	1. Apel pagi 2. Analisis Data Kasus Difteri di Jawa Timur Tahun 2018	
Hari ke-4	1. Apel pagi 2. Analisis Data Kasus Difteri di Jawa Timur Tahun 2018	
Hari ke-5	1. Senam Pagi 2. Penyampaian materi campak oleh Pak Suradi.	
Minggu ke-3		
Hari ke-1	1. Apel Pagi 2. Penyampaian materi kebencanaan oleh Pak Didiek Rachmadi, meliputi: a. Tupoksi Pusat Penanggulangan Krisis Kesehatan adalah Krisis Kesehatan dan Kebencanaan. b. Keyword kebencanaan: Menjaga, Bahaya/ Ancaman, Dikenali, Selamat, Menolong, dan Bencana adalah Kehidupan. c. Bencana adalah kehidupan. Hal tersebut bermakna bahwa dari setiap bencana gempa bumi dan gunung meletus yang terjadi akan membentuk garis pelindung yang melindungi bumi dari gelombang panas matahari yang terlepas. d. Selain itu, akibat adanya bencana gunung meletus dan gempa bumi dapat membantu rotasi dan revolusi bumi kembali ke garis orbitnya. e. <i>Circle</i> kebencanaan ada 3, yaitu Pra-Bencana, Bencana, dan Pasca Bencana. f. Di Indonesia, Pulau Kalimantan merupakan pulau teraman sebab tidak ada gunung berapi dan lempeng bumi di bawah Pulau Kalimantan. Apabila terjadi gempa bumi Pulau Kalimantan terlindungi oleh keberadaan Pulau Sumatra, Pulau Jawa, dan Pulau Sulawesi.	
Hari ke-2	1. Apel pagi 2. Penyampaian materi Konsep Dasar SKD-KLB dan AFP oleh Pak Suradi.	
Hari ke-3	1. Apel pagi 2. <i>Cleaning data</i> Laporan CBMS 2018 dan Input data sesuai dengan kelengkapan informasi yang dibutuhkan 3. Pembahasan mengenai Vaksin OPV dan IPV dengan Pak Suradi	
Hari ke-4	1. Upacara 17 Januari 2. <i>Cleaning data</i> Laporan CBMS 2018 dan koreksi data sesuai dengan informasi yang didapatkan	
Hari ke-5	1. Senam pagi 2. Mencari lambang setiap daerah kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Timur untuk keperluan pembuatan surat undangan	
Minggu ke-4		

Hari ke-1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Berkunjung ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Timur dengan arahan Pak Didiek dan pihak BPBD yaitu Pak Dino. 3. Pemberian materi oleh pihak BPBD mengenai manajemen data dan pengenalan Bidang Operasional Pra Bencana 4. Menyelesaikan tugas analisis mengenai status imunisasi dan booster pada usia 8 bulan hingga 18 tahun 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mengerjakan tugas tambahan mengenai status imunisasi dan booster serta menghitung <i>Risk Ratio</i> (RR) mengenai data penderita difteri di Jawa Timur tahun 2018 	
Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Analisis variabel usia terhadap kejadian difteri (melanjutkan tugas hari sebelumnya) dan melengkapkan data yang kurang sesuai dengan toksigenitas dan pemberian ADS pada penderita difteri 	
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinas Luar Kota ke Trenggalek (Berangkat pukul 04.30 WIB) 2. Tiba di Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek 08.00 WIB 3. Kunjungan ke Puskesmas Pogalan untuk mendiskusikan kasus DBD 4. Kunjungan ke rumah warga sebagai penderita DBD yang meninggal dunia 5. Kunjungan ke RS Soedomo Trenggalek untuk membicarakan kembali mengenai kasus DBD 6. Mengambil data dan evaluasi serta melakukan penyelidikan epidemiologi terkait kasus DBD di Trenggalek 	
Hari ke-5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat hasil laporan berdasarkan data yang didapatkan dari dinas luar (Kabupaten Trenggalek) 2. <i>Crosscheck</i> data kasus DBD 3. Membuat grafik mengenai angka kejadian kasus dbd per minggu, per bulan, dan per desa. Hal ini dilakukan untuk melihat <i>trend</i> kasus DBD yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Pogalan Kabupaten Trenggalek 	
Minggu ke-5		
Hari ke-1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mengerjakan laporan magang 3. Diskusi bersama dengan Pak Gito mengenai surveilans dan imunisasi 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mendapatkan materi tambahan mengenai campak, difteri, polio, serta penjelasan mengenai surveilans secara umum 3. Diskusi bersama dengan Pak Suradi membahas permasalahan yang terjadi pada program imunisasi 	

Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Diskusi bersama mengenai permasalahan program imunisasi bersama dengan Ibu Mulan, Ibu Reti, Pak Gito, dan Pak Suradi 3. Pemilihan prioritas masalah di program imunisasi dengan menggunakan metode CARL bersama dengan Ibu Mulan, Ibu Reti, Pak Gito, Pak Suradi, dan Pak Hugeng 4. Menyusun laporan magang 	
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Menyusun dan menyelesaikan laporan magang 	
Hari ke-5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peringatan Hari Gizi Nasional 2019 2. Perpisahan dan penutupan 	

Lampiran 3. Hasil CARL

Keterangan :

No	Keterangan Masalah
1.	Penurunan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) rutin pada bayi
2.	Kesenjangan data pencacatan di kohor dengan pelaporan
3.	Permasalahan logistik atau manajemen vaksin dalam penyelenggaraan imunisasi

Masalah	Responden	Skor				Total	Total Skor
		C	A	R	L		
1	A	5	4	4	5	400	1.260
	B	5	5	4	3	300	
	C	4	3	3	5	180	
	D	3	2	2	5	60	
	E	4	4	4	5	320	
2	A	3	2	2	3	36	436
	B	3	2	2	3	36	
	C	2	2	4	4	64	
	D	5	2	3	4	120	
	E	3	3	4	5	180	
3	A	5	1	1	3	15	727
	B	5	1	1	3	15	
	C	2	3	3	4	72	
	D	5	3	3	4	180	
	E	5	5	5	5	625	

Lampiran 4. Panduan *Indepth Interview*

Tujuan	Pertanyaan
Identifikasi Masalah	1 Bagaimana Pelaksanaan program imunisasi di Wilayah Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 ?
	2 Apakah pelaksanaan program imunisasi, khususnya imunisasi dasar sudah memenuhi target sesuai dengan RPJMN ?
	3 Bagaimana hasil cakupan program imunisasi dasar pada bayi di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2018 ?
Besaran dan Distribusi Masalah	1 Bagaimanakan <i>Trend</i> capaian cakupan imunisasi dasar pada bayi tahun 2018 ?
	2 Bila dibandingkan dengan tahun 2016 dan 2017 bagaimana <i>trend</i> cakupan imunisasi dasar pada bayi ?
	3 Bagaimana cakupan imunisasi dasar pada tahun 2016-2018 bila dibandingkan dengan target RPJMN ?
Analisis Penyebab Masalah	1 Mengapa terjadi penurunan cakupan imunisasi dasar pada bayi di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 ?
	2 Apa saja faktor yang memicu terjadinya penurunan cakupan imunisasi dasar pada bayi di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 ?
	3 Bila ditinjau dan dilihat dari penyebab masalah, apa penyebab utama atau akar dari permasalahan terjadinya penurunan cakupan imunisasi dasar pada bayi di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 ?

Lampiran 5. Dokumentasi Kegiatan Magang



Pelaksanaan kegiatan apel pagi rutin sebelum magang.



Pelaksanaan upacara pada tanggal 17 Januari 2019



Pelaksanaan supervisi dosen pembimbing magang FKM Unair dan konsultasi mengenai pelaksanaan magang



Pemberian materi mengenai bencana oleh Tim Penanggulangan Krisis Kesehatan



Foto bersama se usai berkeliling ke Gudang terkait mengenal kebutuhan peralatan penanggulangan bencana



Berkunjung ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Timur



Diskusi bersama dengan salah satu anggota Tim Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terkait Difteri



Diskusi bersama dengan salah satu anggota Tim Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengenai AFP dan Penyakit Campak



Berkunjung ke Kabupaten Trenggalek untuk melakukan penyelidikan epidemiologi terkait kasus DBD di Puskesmas Pogalan Kabupaten Trenggalek



Diskusi bersama dengan pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek, Pihak Puskesmas Pogalan, serta perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terkait kasus DBD



Berkunjung ke Rumah Sakit Soedomo Kabupaten Trenggalek untuk melihat proses pengolahan serum penderita DBD



Melakukan *indepth interview* terkait pelaksanaan program imunisasi dengan Tim pemegang program imunisasi. Sekaligus pembahasan permasalahan yang terjadi di program imunisasi



Melakukan *indepth interview* terkait pelaksanaan program imunisasi dengan Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi. Sekaligus pembahasan permasalahan yang terjadi di program imunisasi



Seusai pelaksanaan seminar laporan hasil magang pada hari Jumat, 22 Februari 2019 (07.00-11.00 WIB) di Ruang Rapat P2P Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bersama Tim, Dosen Pembimbing Departemen, dan Dosen Pembimbing Lapangan.