

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

**GAMBARAN PELAKSANAAN SURVEILANS AFP
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
TAHUN 2018**



Oleh :

**WAHYU DYAH SUKMAWATI
NIM. 101511133129**

**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:

WAHYU DYAH SUKMAWATI

NIM. 101511133129

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

28 Februari 2019

Atik Choirul Hidajah, dr, M.Kes

NIP. 1968110219998022001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

28 Februari 2019

Suradi, SKM., M.Kes

NIP. 196303111986031024

Mengetahui,

Ketua Departemen Epidemiologi

28 Februari 2019

Atik Choirul Hidajah, dr, M.Kes

NIP. 1968110219998022001

KATA PENGANTAR

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

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Tri Martiana, dr., MS., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
2. Atik Choirul Hidajah, dr., M.kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan dosen pembimbing magang Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga,
3. 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. Anik Suroiyah, S. KM. selaku pengelola Surveilans AFP yang secara terbuka mendukung dan membimbing selama pelaksanaan magang.
6. Teman-teman magang di seksi Surveilans dan Imunisasi yang saling mendukung dalam pelaksanaan hingga akhir penyusunan laporan magang.

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

Surabaya, 21 Februari 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, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	viii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	4
1.2.1 Tujuan Umum.....	4
1.2.2 Tujuan Khusus.....	4
1.3 Manfaat.....	5
1.3.1 Bagi Mahasiswa.....	5
1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat.....	5
1.3.3 Bagi Instansi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Penyakit Polio.....	6
2.1.1 Definisi Polio.....	6
2.1.2 Penyebab Polio.....	6
2.1.3 Gejala Klinis Polio	6
2.1.4 Cara Penularan Polio.....	7
2.1.2 Imunisasi Polio.....	7
2.2 AFP (<i>Acute Flaccid Paralysis</i>)	8
2.2.1 Definisi Kasus AFP.....	8
2.2.2 Diagnosis yang Digolongkan Kasus AFP.....	9
2.2.3 Diagnosis Kasus AFP yang Dilaporkan Sistem Surveilans.....	10
2.2.4 Interpretasi Hasil Laboratorium	10
2.3 Surveilans AFP.....	11
2.3.1 Definisi Surveilans AFP.....	11
2.3.2 Tujuan Surveilans AFP.....	13
2.3.3 Indikator Kinerja Surveilans AFP.....	13
2.3.4 Kegiatan Surveilans AFP	15
2.3.5 Tatalaksana Kasus AFP	18
2.4 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode CARL.....	18
2.5 Penentuan Akar Penyebab Masalah dengan Metode Diagram <i>Fishbone</i>	20
BAB III. METODE KEGIATAN MAGANG	
3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang.....	23
3.1.1 Lokasi Magang.....	23
3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang.....	23
3.2 Metode Pelaksanaan Magang.....	23
3.3 Teknik Pengumpulan Data.....	24
3.4 Output Kegiatan.....	24
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	26
4.1.1 Visi.....	26

4.1.2 Misi.....	26
4.1.3 Tujuan.....	26
4.1.4 Kebijakan.....	27
4.1.5 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.....	29
4.1.6 Seksi Surveilans dan Imunisasi.....	30
4.2 Gambaran Program Surveilans AFP (<i>Acute Flaccid Paralysis</i>).....	32
4.2.1 Tujuan Surveilans AFP.....	32
4.2.2 Indikator Kinerja Surveilans AFP.....	33
4.2.3 Kegiatan Surveilans AFP.....	34
4.3 Gambaran Sistem Pencatatan dan Pelaporan Surveilans AFP mulai dari Proses Pengumpulan, Pengolahan, Analisis Data, dan Diseminasi Data.....	35
4.3.1 Pengumpulan Data.....	35
4.3.2 Pengolahan Data.....	35
4.3.3 Analisis Data.....	36
4.3.4 Diseminasi Data.....	36
4.4 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio di Provinsi Jawa Timur berdasarkan Waktu, Tempat, Orang.....	36
4.4.1 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio Berdasarkan Waktu.....	36
4.4.2 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio Berdasarkan Tempat.....	39
4.4.3 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio Berdasarkan Orang.....	42
4.5 Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah, dan Alternatif Solusi.....	43
4.5.1 Identifikasi Masalah.....	43
4.5.2 Prioritas Masalah.....	47
4.5.3 Penyebab Masalah.....	48
4.5.4 Alternatif Solusi.....	51
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN.....	55
5.1 Kesimpulan.....	55
5.2 Saran.....	56
DAFTAR PUSTAKA.....	57
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	58

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	Skema Klasifikasi Virologis AFP.....	9
2.2	Keberadaan kasus AFP bukan polio	12
2.3	Diagram Alur Pelacakan Kasus AFP	17
2.4	Contoh Digram <i>Fishbone</i>	22
4.1	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018.....	28
4.2	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018.....	30
4.3	Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018	32
4.4	Distribusi Kasus AFP Bukan Polio di Jawa Timur Tahun 2014-2018.....	37
4.5	Distribusi kasus AFP bukan Polio berdasarkan Bulan di Jawa Timur Tahun 2016-2018	38
4.6	Peta Persebaran <i>Non Polio AFP Rate</i> di Jawa Timur tahun 2016.....	39
4.7	Peta Persebaran Non Polio <i>AFP Rate</i> di Jawa Timur tahun 2017	40
4.8	Peta Persebaran Non Polio <i>AFP Rate</i> di Jawa Timur tahun 2018.....	41
4.9	Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Kelompok Umur di Jawa Timur tahun 2016-2018	42
4.10	<i>Non Polio AFP Rate</i> di Jawa Timur tahun 2014-2018.....	43
4.11	Persentase Spesimen Adekuat Kasus AFP di Jawa Timur tahun 2014-2018	44
4.12	Persentase Kunjungan Ulang 60 Hari Kasus AFP di Jawa Timur tahun 2014-2018	46
4.13	Diagram <i>Fishbone</i> Masalah <i>Rate</i> Penemuan Kasus AFP Bukan Polio Belum Memenuhi Target (1,71/100.000)	49

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
2.1	Diagnosis yang Tergolong Kasus AFP	9
2.2	Diagnosis Tergolong Kasus AFP dalam Sistem Surveilans	10
2.3	Skor Metode CARL.....	19
2.4	Matriks Metode CARL.....	20
3.1	<i>Timeline</i> Kegiatan Magang.....	23
4.1	Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode CARL.....	47

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Daftar Arti Lambang

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

Daftar Singkatan

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

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

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.

Polio merupakan salah satu jenis penyakit yang dapat dibasmi melalui pemberian imunisasi. Program Eradikasi Polio bermula dari program kesehatan yang dinilai paling berhasil yaitu eradikasi cacar (*small pox*) secara global. Semua negara didunia bersatu memerangi penyakit cacar dengan melaksanakan imunisasi cacar selama 10 tahun, akhirnya tahun 1977 dijumpai kasus cacar terakhir di Somalia dan sejak saat itu imunisasi cacar tidak diperlukan lagi (Yuwono, 2002).

Program Eradikasi Polio (ERAPO) merupakan salah satu upaya kerjasama global. Eradikasi Polio secara global dapat memberikan keuntungan secara finansial. Biaya jangka pendek yang dikeluarkan untuk mencapai target eradikasi polio tidak akan seberapa dibanding dengan keuntungan yang didapat dalam jangka panjang. Anak-anak yang mengalami cacat karena polio tidak akan ditemukan (Kepmenkes RI, 2007). Indonesia merupakan salah satu negara yang melaksanakan program Eradikasi Polio (ERAPO) dan telah mendapatkan sertifikasi bebas polio bersama negara-negara *South East Asia Region* (SEARO) pada tanggal 27 Maret 2014. Pemerintah Indonesia melaksanakan program Eradikasi Polio (ERAPO) terdiri dari pemberian imunisasi polio secara rutin, pemberian imunisasi tambahan (PIN, Sub PIN, *Mopping-up*) pada anak balita, pelaksanaan surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*), dan pengamatan virus polio di laboratorium (*Laboratory Containment*).

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

Kasus AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) adalah semua anak yang berusia kurang dari 15 (lima belas) tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya layuh (*flaccid*), terjadi secara akut (mendadak), dan bukan disebabkan oleh ruda paksa. Kelumpuhan yang sifatnya layuh (*flaccid*) merupakan kelumpuhan yang bersifat lunglai, lemas atau layuh bukan kaku, atau terjadi penurunan tonus otot. Kelumpuhan yang terjadi secara akut (mendadak) merupakan kelumpuhan yang berkembang secara cepat (*rapid progressive*) antara 1-14 hari sejak terjadinya gejala awal (rasa nyeri, kesemutan, rasa tebal/kebas) sampai kelumpuhan maksimal. Semua penerita yang berusia 15 tahun atau lebih yang diduga kuat sebagai kasus poliomielititis oleh dokter akan dilakukan tatalaksana seperti kasus AFP. Penemuan satu kasus AFP disuatu wilayah merupakan KLB di wilayah tersebut (Kepmenkes RI, 2007).

Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) merupakan pengamatan yang dilakukan terhadap semua kasus lumpuh layuh akut atau AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio. Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) dilakukan untuk meningkatkan sensitivitas penemuan kasus polio maka pengamatan dilakukan pada semua kelumpuhan yang terjadi secara akut dan sifatnya layuh (*flaccid*) seperti sifat kelumpuhan pada poliomielititis. Rekomendasi WHO tahun 1995 yaitu melakukan Surveilans AFP untuk menjangring semua kasus dengan gejala mirip polio yaitu

lumpuh layuh mendadak (*Acute Flaccid Paralysis/AFP*) untuk membuktikan masih terdapat kasus polio atau tidak (non polio) di populasi. Non polio AFP merupakan kasus lumpuh layuh akut yang diduga kasus polio tetapi setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium bukan termasuk kasus polio (Kepmenkes RI, 2007).

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

Tahun 2005 telah terjadi KLB polio di Indonesia sehingga menyebabkan meningkatnya kepedulian masyarakat terhadap semua kelumpuhan yang terjadi, sehingga penemuan kasus AFP non polio meningkat lebih 2/100.000 meskipun spesimen adekuat kurang 80%. Penemuan kasus ini menunjukkan perkiraan minimal kasus AFP Non polio di Indonesia. Sejak tahun 2006, untuk meningkatkan sensitivitas penemuan kasus maka negara-negara di regional Asia Tenggara (SEARO) menyepakati non polio AFP rate minimal 2/100.000 pada anak usia kurang dari 15 tahun (Kepmenkes RI, 2007).

Data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 menunjukkan bahwa *non polio AFP rate* secara nasional sebesar 1,96/100.000 populasi anak <15 tahun (1403 kasus) yang berarti belum memenuhi standar minimal penemuan kasus AFP bukan polio dengan rincian 18 provinsi telah memenuhi target, 15 provinsi belum memenuhi target, dan 1 provinsi belum menyampaikan laporan. Tahun 2017 terjadi peningkatan *non polio AFP rate* secara nasional dan telah memenuhi standar minimal penemuan kasus AFP bukan polio, hal tersebut berdasarkan *data* Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 menunjukkan bahwa *non polio AFP rate* secara nasional sebesar 2,19/100.000 populasi anak <15 tahun (1561 kasus) dengan rincian 20 provinsi telah memenuhi target, 12 provinsi belum memenuhi target, dan 2 provinsi belum menyampaikan laporan. Peningkatan *non polio AFP rate* secara nasional menunjukkan bahwa secara nasional kinerja surveilans AFP telah meningkat, dibuktikan dengan

bertambahnya jumlah penemuan kasus AFP bukan polio sebesar 158 kasus dan jumlah provinsi dengan *non polio AFP rate* yang telah memenuhi standar minimal.

Laporan Tahunan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menunjukkan bahwa dalam periode 5 tahun terakhir (2014-2018) jumlah penemuan kasus AFP bukan polio dan *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) di Jawa Timur bersifat fluktuatif. Tahun 2014 sebesar 2,43 (255 kasus), tahun 2015 mengalami penurunan menjadi 1,56 (168 kasus), tahun 2016 sama dengan 2015 yaitu 1,56 (168 kasus), tahun 2017 mengalami peningkatan menjadi 2,03 (219 kasus), dan tahun 2018 mengalami penurunan menjadi 1,71 (184 kasus). Penurunan penemuan kasus AFP bukan polio yang terjadi pada tahun 2018 juga menunjukkan bahwa target kinerja indikator *non polio AFP rate* belum memenuhi target yaitu kurang dari 2/100.000 penduduk usia <15 tahun.

Berdasarkan beberapa data tentang penemuan kasus AFP bukan polio diatas, diketahui bahwa penemuan kasus AFP bukan polio masih bersifat fluktuatif di Jawa Timur. Kinerja surveilans AFP di Jawa Timur penting untuk ditingkatkan, sehingga permasalahan yang ada pada program surveilans AFP dapat dikaji dalam kegiatan magang 2018 untuk mencari alternatif solusi dari permasalahan yang ada dan meningkatkan kinerja surveilans AFP di Provinsi Jawa Timur.

1.2 Tujuan Kegiatan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan kegiatan surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018.

1.2.2 Tujuan Khusus

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

1.3 Manfaat Kegiatan

1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa

Menambah pemahaman mahasiswa terutama mengenai kegiatan surveilans AFP di lingkup Provinsi Jawa Timur. Dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah di dapat selama proses perkuliahan.

1.3.2 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

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

1.3.3 Manfaat bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Polio

2.1.1 Definisi Polio

Penyakit polio adalah penyakit infeksi paralisis yang disebabkan oleh poliovirus (PV). Virus tersebut akan masuk ke dalam tubuh melalui mulut dan menginfeksi usus. Poliovirus dapat memasuki aliran darah dan mengalir ke sistem saraf pusat menyebabkan melemahnya otot dan terkadang menimbulkan kelemahan. Infeksi virus polio terjadi di dalam saluran pencernaan yang menyebar ke kelenjar limfe regional dan sebagian kecil menyebar ke sistem saraf. Masa inkubasi penyakit polio adalah 7-14 hari tetapi terdapat juga penyakit polio dengan masa inkubasi 5-35 hari (Chin, 2006).

Pemenuhan kriteria polio telah ditetapkan oleh WHO melalui persyaratan spesimen tinja untuk dilakukan uji laboratorium. Spesimen yang diperiksa melalui surveilans AFP antara lain ketepatan waktu pengambilan sampel yang optimum yaitu tidak lebih dari 14 hari sejak terjadinya paralysis. Jumlah spesimen yang diambil dengan jumlah yang cukup sebanyak 2 kali dengan selang waktu 24 jam, menggunakan wadah khusus untuk dilakukan uji laboratorium, penanganan dan pengiriman spesimen harus dilakukan sedemikian rupa sehingga suhunya terjaga dalam 2-8 derajat celcius dan dalam keadaan segar (Kepmenkes, 2007).

2.1.2 Penyebab Polio

Penyebab penyakit polio yaitu poliovirus (genus enterovirus) tipe 1,2, dan 3 dengan semua tipe dapat menyebabkan kelumpuhan. Tipe 1 dapat diisolasi dari hampir semua kasus kelumpuhan, tipe 3 lebih sedikit terjadi, dan tipe 2 merupakan paling sedikit terjadi. Tipe 1 paling menyebabkan wabah penyakit polio. Sifat virus polio sama dengan sifat virus lainnya karena stabil terhadap pH asam selama 1-3 jam. Tidak aktif pada suhu 56°C selama 30 menit. Virus polio berkembangbiak dalam sel yang terinfeksi dan siklus yang sempurna berlangsung selama 6 jam (Surya, 2007).

2.1.3 Gejala Klinis Polio

Gejala yang sering muncul berupa asimtomatik seperti poliomielititis abortif, poliomielititis nonparalitik, dan atau poliomielititis paralitik. Persentase polio tanpa gejala (asimtomatik) yaitu lebih dari 90% dan hanya dapat dideteksi dengan mengisolasi virus dari feses dan orofaring atau pemeriksaan titer antibodi. Poliomielititis abortif merupakan penyakit yang terjadi secara mendadak hanya dalam

beberapa jam. Gejalanya meliputi muntah, nyeri kepala, nyeri tenggorokan, konstipasi, nyeri abdomen, malaise, dan timbul keluhan seperti anoreksia dan nausea. Diagnosis dengan mengembangbiakkan jaringan virus (Chin, 2006).

Poliomielitis nonparalitik memiliki gejala klinis yang sama dengan poliomyelitis abortif, tetapi hanya nyeri kepala, nausea, dan muntah yang lebih berat. Ciri khas pada penyakit ini yaitu nyeri dan kaku otot belakang leher, dan tungkai hipertonia. Poliomyelitis paralitik merupakan kelumpuhan secara akut, disertai dengan demam dan gejala lainnya seperti poliomyelitis nonparalitik (Chin, 2006). Sekitar 4-8% penderita dapat mengalami demam tinggi, sakit punggung dan otot yang berlangsung selama 3-7 hari disertai gejala seperti meningitis aseptik yang akan pulih dalam 2-10 hari (Cono & L.N, 2002).

2.1.4 Cara Penularan Polio

Penularan penyakit polio dapat terjadi secara langsung dan tidak langsung. Penularan langsung melalui droplet, orofaring, dan feses dari penderita yang menyebar melalui tangan yang terkontaminasi pada peralatan makanan dan minuman. Penularan secara tidak langsung terjadi melalui sumber air yang telah tercemari virus polio disebabkan oleh sanitasi lingkungan yang buruk. Peralatan dan barang-barang yang tercemar oleh virus polio dapat berperan sebagai media penularan. Kontaminasi virus melalui makanan dan sumber air yang dipakai secara bersama dalam suatu komunitas untuk keperluan sanitasi dan makan minum dapat menimbulkan potensi terjadinya wabah (Surya, 2007).

2.1.5 Imunisasi Polio

Imunisasi merupakan salah satu cara yang efektif dan efisien dalam mencegah penyakit menular sebagai upaya pencegahan (*preventive*) yang mendapatkan prioritas. Penyakit polio merupakan salah satu penyakit yang terdapat program imunisasi. Imunisasi rutin dilakukan dengan memberikan imunisasi *Oral Polio Vaccine* (OPV) yaitu virus polio yang sudah dilemahkan kepada bayi minimal 4 kali pemberian sebanyak 2 tetes vaksin sabin setiap pemberian sesuai dengan jadwal. Tujuan pemberian imunisasi OPV adalah memberikan perlindungan (kekebalan humoral) pada setiap anak terhadap penyakit polio. Target cakupan sebesar >80% bayi berusia satu tahun telah di imunisasi OPV di setiap desa (Judarwanto, 2005).

Pekan Imunisasi Nasional (PIN) memiliki perbedaan dengan strategi imunisasi rutin. Pekan Imunisasi Nasional (PIN) adalah pemberian imunisasi polio (OPV) pada anak usia balita tanpa melihat status imunisasi sebelumnya. PIN dilaksanakan secara

masal dan serentak pada saat transisi terendah yaitu bulan Oktober dan November yang dilaksanakan 2 kali putaran dengan interval 4 minggu (Judarwanto, 2005).

2.2 AFP (*Acute Flaccid Paralysis*)

2.2.1 Definisi Kasus AFP

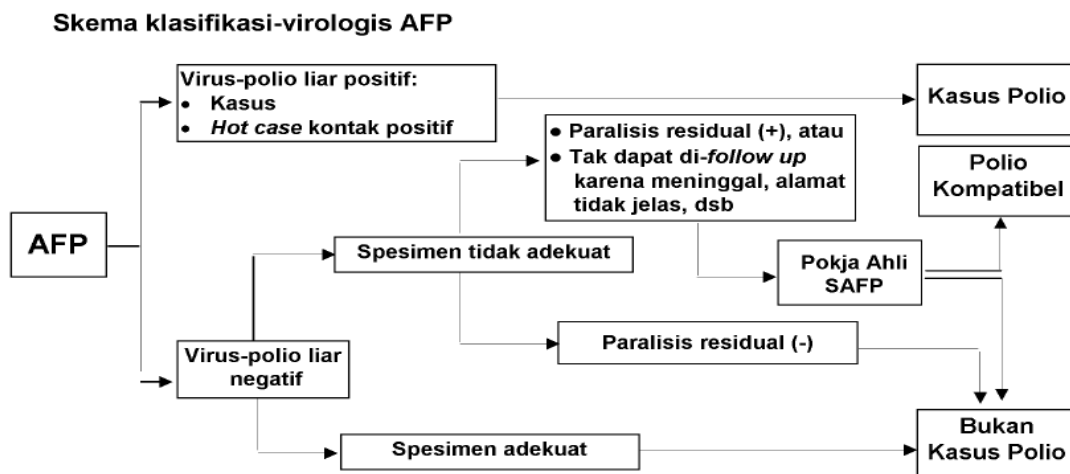
Kasus AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) adalah semua anak berusia kurang dari 15 tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya layuh (*flaccid*), terjadi secara akut (mendadak), dan bukan disebabkan oleh ruda paksa. Kelumpuhan layuh (*flaccid*) merupakan kelumpuhan bersifat lunglai, lemas atau layuh bukan kaku, atau terjadi penurunan tonus otot. Kelumpuhan yang terjadi secara akut adalah perkembangan kelumpuhan yang berlangsung cepat (*rapid progressive*) antara 1-14 hari sejak terjadinya gejala awal yaitu rasa nyeri, kesemutan, rasa tebal/kebas sampai kelumpuhan maksimal (derajat kelumpuhan antara 0 sampai 4).

Derajat kelumpuhan yang terjadi pada seseorang dapat digolongkan sebagai berikut (Setyanegara, 2014) :

- 0 : Tidak ada sedikitpun kontraksi otot sehingga tidak dapat bergerak sama sekali (lumpuh total)
- 1 : Terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak dapat menggerakkan persendian yang seharusnya dapat digerakkan oleh otot tersebut
- 2 : Dapat bergerak tetapi gerakan tersebut tidak mampu melawan gravitasi, contohnya tidak dapat mengangkat kaki dari tempat tidur atau hanya dapat menggeser kaki dari tempat tidur
- 3 : Gerakan tidak dapat melawan tahanan, tetapi masih dapat mengangkat tungkai
- 4 : Dapat melawan tahanan
- 5 : Tidak ada kelumpuhan (normal)

Keraguan dalam menentukan sifat kelumpuhan apakah akut dan *flaccid*, atau ada hubungannya dengan ruda paksa/kecelakaan, maka sebaiknya tetap melaporkan kasus tersebut sebagai kasus AFP. Masyarakat dapat melaporkan kasus AFP ke pelayanan kesehatan terdekat seperti puskesmas atau rumah sakit. Semua penderita berusia 15 tahun atau lebih yang diduga kuat sebagai kasus poliomyelitis oleh dokter maka dilakukan tatalaksana seperti kasus AFP (Kepmenkes RI, 2007).

Berikut skema klasifikasi virologis pada kasus AFP:



Gambar 2.1 Skema Klasifikasi Virologis AFP

Sumber: Kepmenkes RI, 2007

Gambar 2.1 menunjukkan bahwa terdapat dua macam kasus AFP yaitu virus polio liar positif yang merupakan kasus polio, dan virus polio liar negatif. Kasus AFP dalam kategori virus polio liar negatif akan dilakukan pemeriksaan uji laboratorium melalui feses penderita. Pada spesimen adekuat dibuktikan dengan bukan kasus polio, sedangkan spesimen tidak adekuat yang paralisis residual positif (+) dilakukan klasifikasi akhir oleh Pokja Ahli SAFP.

2.2.2 Diagnosis yang Digolongkan Kasus AFP

Diagnosis yang dapat digolongkan dalam kasus AFP antara lain:

Tabel 2.1 Diagnosis yang Tergolong Kasus AFP

No.	Diagnosis	ICD X code (s)
1.	Poliomielitis	A 80
2.	Polioencephalitis	A 80
3.	Guillan-Barre Syndrome	G 61.0
4.	Transverse myelitis	G 37.3
5.	Paraplegia	G 82.2
6.	Diplegia	G 83.0
7.	Monoplegia-upper	G 83.2
8.	Monoplegia-lower	G 83.1
9.	Quadriplegia/Tetraplegia	G 82.5
10.	Plegia-unspecified	G 83.9
11.	Plegia-other	G 83.8
12.	Flaccid muscle paralysis	G 37.8
13.	Transient paralysis of a limb	R 29.8
14.	Myelitis-postvaccinal	G 04.0
15.	Mononeuritis-upper limb	G 56.9/ G 56.8
16.	Mononeuritis-lower limb	G 57.9./G 57.8

Sumber: Kepmenkes RI, 2007

2.2.3 Daignosis Kasus AFP yang Dilaporkan dalam Sistem Surveilans

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

Tabel 2.2 Diagnosis Tergolong Kasus AFP dalam Sistem Surveilans

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

Sumber: Kepmenkes RI, 2007

2.2.4 Interpretasi Hasil Laboratorium

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

1. Negatif

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

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

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa tinja penderita ditemukan virus polio vaksin (VPV), hasil ini tidak secara otomatis menentukan bahwa kelumpuhan

disebabkan oleh vaksin polio. Kasus ini masih perlu dilakukan follow-up 60 hari, bila masih ada residual paralysis maka harus dilakukan klasifikasi akhir oleh Pokja Ahli SAFF.

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

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

4. VDPV

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

5. P1, P2, P3, atau mix

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

6. NPEV (Non Polio Entero Virus)

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

2.3 Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*)

2.3.1 Definisi Surveilans AFP

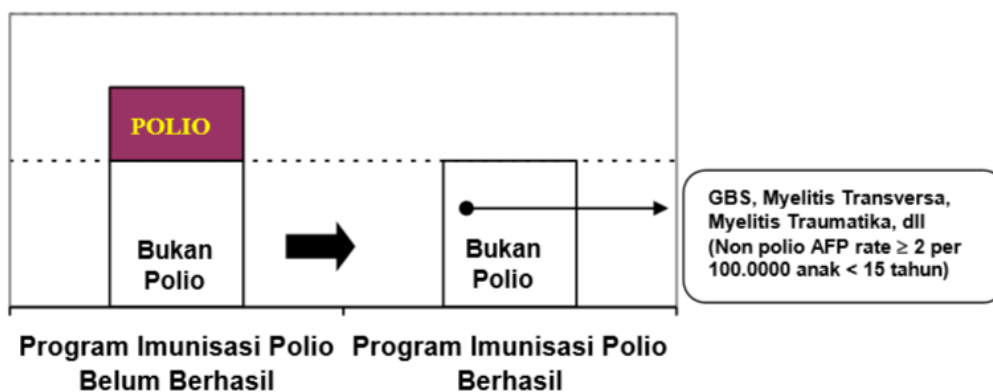
Surveilans merupakan suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan secara terus menerus dan sistematis melalui proses pengumpulan data, pengolahan, dan interpretasi data menjadi suatu informasi untuk mendeskripsikan masalah-masalah kesehatan dan sebagai bentuk monitoring atau upaya pemantauan program kesehatan. Informasi yang didapatkan dapat digunakan sebagai bahan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program terhadap masalah kesehatan masyarakat. Data surveilans juga dapat digunakan untuk menentukan prioritas kegiatan kesehatan masyarakat dan menilai efektifitas kegiatan (Teutsch dan Elliot, 2000).

Surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) adalah pengamatan yang dilakukan terhadap kasus lumpuh layuh akut (AFP) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio, dalam upaya untuk menemukan adanya transmisi virus polio liar. Sejak tahun 2004 sesuai dengan anjuran WHO, penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) dapat diintegrasikan kedalam sistem

surveilans AFP. Surveilans AFP merupakan pengamatan yang difokuskan pada kasus poliomielitis yang mudah diidentifikasi, yaitu poliomielitis paralitik. Ditemukannya kasus poliomielitis paralitik di suatu wilayah menunjukkan adanya penyebaran virus-polio liar di wilayah tersebut (Kepmenkes RI, 2007).

Surveilans AFP dilaksanakan secara intensif sejak tahun 1997 melalui peningkatan komitmen Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Propinsi di seluruh Indonesia, penemuan kasus AFP menunjukkan peningkatan yang bermakna, namun berfluktuasi dimana penemuan kasus terendah pada tahun 2000 karena terjadi transisi sistem pemerintahan dari sentralisasi menjadi desentralisasi. Sejak tahun 2006, untuk meningkatkan sensitivitas penemuan kasus maka negara-negara di regional Asia Tenggara (SEARO) menyepakati non polio AFP rate minimal 2/100.000 pada anak usia kurang dari 15 tahun (Kepmenkes RI, 2007).

Surveilans AFP berlaku pelaporan nihil (*zero reporting*), yaitu laporan harus dikirimkan dengan teratur dan tepat waktu pada saat yang telah ditetapkan, walaupun tidak dijumpai kasus AFP selama periode waktu tersebut. Laporan yang dikirim dalam keadaan tidak ada kasus tersebut adalah dengan menuliskan jumlah kasus “0” (nol), “tidak ada kasus”, atau “kasus nihil”. *Zero reporting* merupakan suatu pembuktian ada/tidaknya kasus AFP di rumah sakit dan wilayah kerja puskesmas setelah dilakukan pemantauan. Berikut gambar keberadaan kasus AFP bukan polio:



Gambar 2.2 Keberadaan kasus AFP bukan polio

Sumber: Kepmenkes RI, 2007

Gambar 2.2 menunjukkan bahwa jika program imunisasi polio belum berhasil maka kasus AFP disebabkan karena polio masih ada. Program imunisasi polio berhasil maka kasus AFP yang disebabkan oleh karena polio tidak ditemukan lagi. Kasus AFP yang disebabkan oleh bukan polio akan tetap ada karena tidak adanya program pencegahan terhadap penyakit tersebut (Kepmenkes RI, 2007).

2.3.2 Tujuan Surveilans AFP

Surveilans AFP memiliki tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut:

Tujuan Umum:

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

Tujuan Khusus:

1. Menemukan semua kasus AFP yang ada di suatu wilayah.
2. Melacak semua kasus AFP yang ditemukan di suatu wilayah.
3. Mengumpulkan dua spesimen semua kasus AFP sesegera mungkin setelah kelumpuhan.
4. Memeriksa spesimen tinja semua kasus AFP yang ditemukan di Laboratorium Polio Nasional.
5. Memeriksa spesimen kontak terhadap *Hot Case* untuk mengetahui adanya sirkulasi VPL.
6. Melakukan kunjungan ulang 60 hari untuk kasus yang spesimennya tidak adekuat atau mengandung virus vaksin.

2.3.3 Indikator Kinerja Surveilans AFP

Surveilans AFP memiliki beberapa indikator kinerja pada periode tahun berjalan. Indikator kinerja surveilans AFP bermanfaat untuk mengukur pencapaian kegiatan yang telah dilakukan ditingkat pusat, propinsi dan kabupaten, sebagai berikut (Kepmenkes RI, 2007) :

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

Perhitungan AFP *rate* sebagai berikut:

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

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

Perhitungan Non Polio AFP *rate* sebagai berikut:

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

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

Perhitungan kelengkapan laporan surveilans AFP sebagai berikut:

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

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

Perhitungan ketepatan waktu laporan surveilans AFP sebagai berikut:

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

5. Spesimen adekuat dengan target 80%

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

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

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

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

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

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

Perhitungan sebagai berikut:

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

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

Perhitungan sebagai berikut:

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

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

Perhitungan sebagai berikut:

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

2.3.4 Kegiatan Surveilans AFP

Surveilans AFP memiliki beberapa kegiatan antara lain:

1. Penemuan kasus AFP

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

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

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

Pengamatan/pengumpulan data dilakukan oleh petugas kabupaten/kota setiap minggu dan *contact person*/ petugas surveilans RS setiap hari. Keterbatasan jumlah tenaga dan lokasi rumah sakit jauh dari kabupaten/kota, maka pelaksanaannya dapat dilaksanakan oleh petugas puskesmas terdekat maupun petugas rumah sakit dan perlu ditetapkan dengan SK oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sedangkan petugas surveilans kabupaten/kota berkewajiban melakukan cek register minimal 1 bulan sekali. Tanggung jawab pelaksanaan Surveilans Aktif RS sepenuhnya berada di kabupaten/kota.

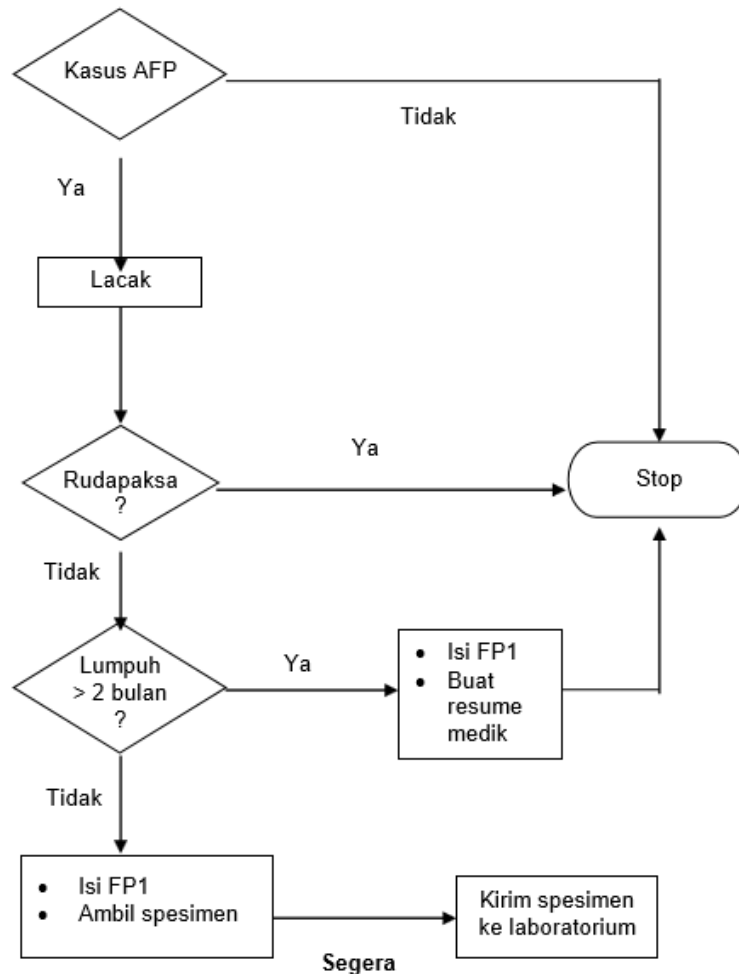
b. Sistem surveilans masyarakat (*community based surveillance/CBS*)

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

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

2. Pelacakan kasus AFP

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



Gambar 2.3 Diagram Alur Pelacakan Kasus AFP

Sumber: Kepmenkes RI, 2007

Gambar 2.3 menjelaskan bahwa kasus AFP akan segera dilacak, jika kasus tersebut merupakan rudapaksa maka bukan termasuk kasus AFP. Kasus AFP yang bukan merupakan rudapaksa dan lumpuh >2 bulan maka dilakukan pengisian FP1 dan membuat *resume* medik. Kasus AFP dengan kelumpuhan <2 bulan maka dilakukan pengisian FP1 dan pengambilan spesimen untuk dikirim ke laboratorium, karena kelumpuhan yang terjadi setelah >2 bulan maka virus polio kecil kemungkinan ditemukan dalam tinja (5-10%) sehingga kasus AFP tersebut tidak perlu dilakukan pengambilan spesimen tinja.

3. Pengumpulan spesimen kasus AFP

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

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

2.3.5 Tatalaksana Kasus AFP

Tatalaksana kasus AFP merupakan pemeriksaan kasus dan pengisian format pelacakan (FP1), pengambilan spesimen tinja, pemeriksaan laboratorium, dan apabila diindikasikan maka melakukan pemeriksaan residual paralisis. Pemeriksaan kasus AFP membutuhkan keterampilan memadai untuk menentukan lokasi, sifat, waktu kelumpuhan, dan status imunisasi polio. Jika terdapat kesulitan dalam menentukan lokasi, sifat, dan waktu kelumpuhan maka diperlukan peran dokter ahli termasuk dalam menentukan diagnosis klinis.

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

2.4 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode CARL

Penentuan prioritas masalah merupakan langkah yang sangat penting dan menentukan dalam rangka proses perencanaan (Supriyanto, 2010). Metode dalam penentuan prioritas masalah salah satunya yaitu CARL. Metode CARL adalah suatu teknik atau cara yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah jika data yang tersedia adalah data kualitatif. Penggunaan metode CARL dilakukan apabila pengelola

program menghadapi hambatan keterbatasan dalam menyelesaikan masalah. Penggunaan metode CARL menekankan pada kemampuan pengelola program. Metode CARL menggunakan nilai atau skor dengan kriteria tertentu diantaranya kemampuan (*capability*), kemudahan (*accessibility*), kesiapan (*readiness*), dan pengaruh (*lverage*). Semakin besar total skor maka semakin besar masalah yang diangkat, artinya masalah tersebut semakin menjadi prioritas. Berikut adalah penjelasan dari metode CARL:

1. C (*Capability*)

Capability merupakan ketersediaan sumber daya (dana, sarana/ peralatan)

2. A (*Accesibility*)

Accesibility merupakan kemudahan, masalah yang ada diatasi atau tidak. Kemudahan dapat didasarkan pada ketersediaan metode/ cara/ teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan atau juklak.

3. R (*Readness*)

Readness merupakan kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran seperti keahlian/ kemampuan dan motivasi

4. L (*Leverage*)

Leverage merupakan seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan yang dibahas.

Langkah pelaksanaan penentuan prioritas masalah dengan metode CARL sebagai berikut (Supriyanto, 2010) :

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

Tabel 2.3 Skor Metode CARL

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

Tabel 2.3 menunjukkan bahwa setiap kriteria memiliki skor antara 1-5 dengan berbagai makna yang berbeda sesuai kriteria pada metode CARL.

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

Tabel 2.4 Matriks Metode CARL

NO	MASALAH	C	A	R	L	NILAI	RANK
1	Masalah 1						
2	Masalah 2						
3	Masalah 3						
4	Masalah n						

Tabel 2.4 menunjukkan bahwa beberapa masalah pada program kesehatan memiliki nilai akhir yang berbeda. Nilai akhir tersebut akan dilakukan *ranking*. Semakin besar nilai akhir maka akan menjadi *ranking* yang lebih tinggi sehingga nilai akhir tertinggi merupakan masalah utama yang diprioritaskan.

2.5 Analisis Penyebab Masalah dengan Metode Diagram *Fishbone*

Fishbone diagram (Diagram *fishbone*) atau bisa juga disebut *Ishikawa diagram* atau *cause and effect diagram* adalah salah satu *quality control tools* yang memudahkan identifikasi suatu masalah dalam produksi. Diagram fishbone merupakan suatu alat visual untuk mengidentifikasi, mengeksplorasi, dan secara grafik menggambarkan secara detail semua penyebab yang berhubungan dengan suatu permasalahan. Konsep dasar dari diagram fishbone adalah permasalahan mendasar diletakkan pada bagian kanan dari diagram atau pada bagian kepala dari kerangka tulang ikannya. Penyebab permasalahan digambarkan pada sirip dan durinya. Kategori penyebab permasalahan yang sering digunakan sebagai start awal meliputi materials (bahan baku), machines and equipment (mesin dan peralatan), manpower (sumber daya manusia), methods (metode), environment (lingkungan), dan measurement (pengukuran). Keenam penyebab munculnya masalah ini sering disingkat dengan 6M. Penyebab lain dari masalah selain 6M tersebut dapat dipilih jika diperlukan (Scarvada, 2004).

Masalah-masalah dikategorikan dalam kelompok tertentu dari mulai *path* utama, kemudian bercabang menjadi kelompok masalah yang berhubungan dan seterusnya sehingga terlihat seperti “tulang ikan”. Fishbone dapat digunakan untuk mempelajari masalah/issue

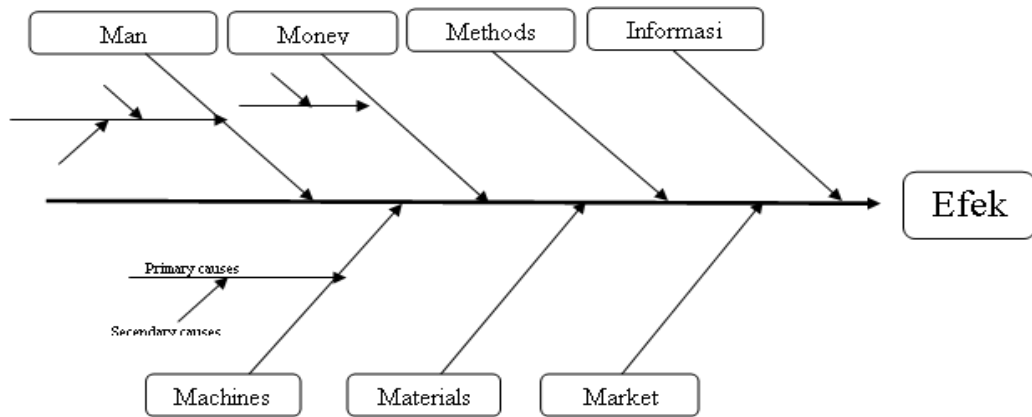
untuk menentukan akar penyebab serta ingin mempelajari mengapa proses tidak bekerja baik atau memproduksi hasil yang diinginkan (Supriyanto, 2010).

Manfaat penggunaan diagram *fishbone* antara lain:

1. Memfokuskan individu, tim, atau organisasi pada permasalahan utama. Penggunaan diagram *fishbone* untuk menganalisis permasalahan akan membantu anggota tim dalam memfokuskan permasalahan pada masalah prioritas.
2. Memudahkan dalam mengilustrasikan gambaran singkat permasalahan tim/organisasi. Diagram *fishbone* dapat mengilustrasikan permasalahan utama secara ringkas sehingga tim akan mudah menangkap permasalahan utama.
3. Menentukan kesepakatan mengenai penyebab suatu masalah. Dengan menggunakan teknik *brainstorming* para anggota tim akan memberikan sumbang saran mengenai penyebab munculnya masalah. Berbagai sumbang saran ini akan didiskusikan untuk menentukan mana dari penyebab tersebut yang berhubungan dengan masalah utama termasuk menentukan penyebab yang dominan.
4. Membangun dukungan anggota tim untuk menghasilkan solusi. Setelah ditentukan penyebab dari masalah, langkah untuk menghasilkan solusi akan lebih mudah mendapat dukungan dari anggota tim.
5. Memfokuskan pada penyebab masalah, juga dapat dikembangkan lebih lanjut dari setiap penyebab yang telah ditentukan.
6. Memudahkan visualisasi hubungan antara penyebab dengan masalah. Hubungan ini akan terlihat dengan mudah pada diagram *fishbone* yang telah dibuat.
7. Memudahkan tim beserta anggota tim untuk melakukan diskusi dan menjadikan diskusi lebih terarah pada masalah dan penyebabnya.

Langkah-langkah dalam penyusunan diagram *fishbone* sebagai berikut:

1. Pemilihan masalah prioritas
2. Menarik garis kekiri sebagai *path* utama berbentuk seperti panah
3. Menentukan sebab-sebab utama dari 6M2TI
4. Menjabarkan sebab-sebab utama tersebut melalui cabang, cabang tersebut dapat dilanjutkan kembali menjadi bagian yang lebih rinci

Gambar 2.4 Contoh Digram *Fishbone*

Sumber: Supriyanto, 2010

Gambar 2.4 menunjukkan bahwa faktor penyebab masalah (efek) antara lain terdiri dari 6M2T1I yaitu *man* (manusia), *money* (biaya/anggaran), *methods* (metode), informasi, *machines* (mesin), *materials* (material), *market* (sasaran). Penyebab masalah dapat ditempatkan pada duri ikan. Penyebab masalah dapat dirinci lebih lanjut dengan mencari penyebab dari penyebab masalah tersebut.

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan Magang

3.1.1 Lokasi Magang

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

3.1.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan mulai tanggal 2 Januari 2019 sampai dengan 31 Januari 2019. Jadwal kegiatan magang dilakukan setiap hari sesuai dengan jam kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur pada umumnya yaitu pada hari Senin – Kamis pukul 07.00 – 15.30 WIB dan hari Jumat pukul 06.30 – 14.30 WIB. Berikut adalah jadwal magang Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur:

Tabel 3.1 *Timeline* Kegiatan Magang

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

3.2 Metode Pelaksanaan Magang

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

1. Ceramah

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

2. Diskusi dan tanya jawab

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

3. Partisipasi aktif

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

4. Wawancara

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

5. Studi dokumen

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

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem. Data yang dikumpulkan meliputi:

1. Data primer

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

2. Data sekunder

Data sekunder bersumber dari Profil Kesehatan Jawa Timur tahun 2017 dan laporan tahunan Surveilans AFP dari tahun 2014-2018. Data tersebut berupa data kinerja, list kasus AFP, bulan, sumber laporan, KU 60 hari, meninggal, pending, list diagnosis, dan sumber laporan pada surveilans AFP.

3.4 Output Kegiatan

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

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

6. Mahasiswa dapat melakukan penentuan akar penyebab masalah menggunakan metode diagram *fishbone* pada surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
7. Mahasiswa dapat melakukan penentuan alternatif solusi pada pelaksanaan surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

4.1.1 Visi

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

4.1.2 Misi

Misi dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah sebagai berikut:

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

4.1.3 Tujuan

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

1. Untuk mewujudkan misi “Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Untuk mewujudkan misi “Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat”, maka ditetapkan tujuan: Memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).
3. Untuk mewujudkan misi “Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau”, maka ditetapkan tujuan:
 - a. Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya.

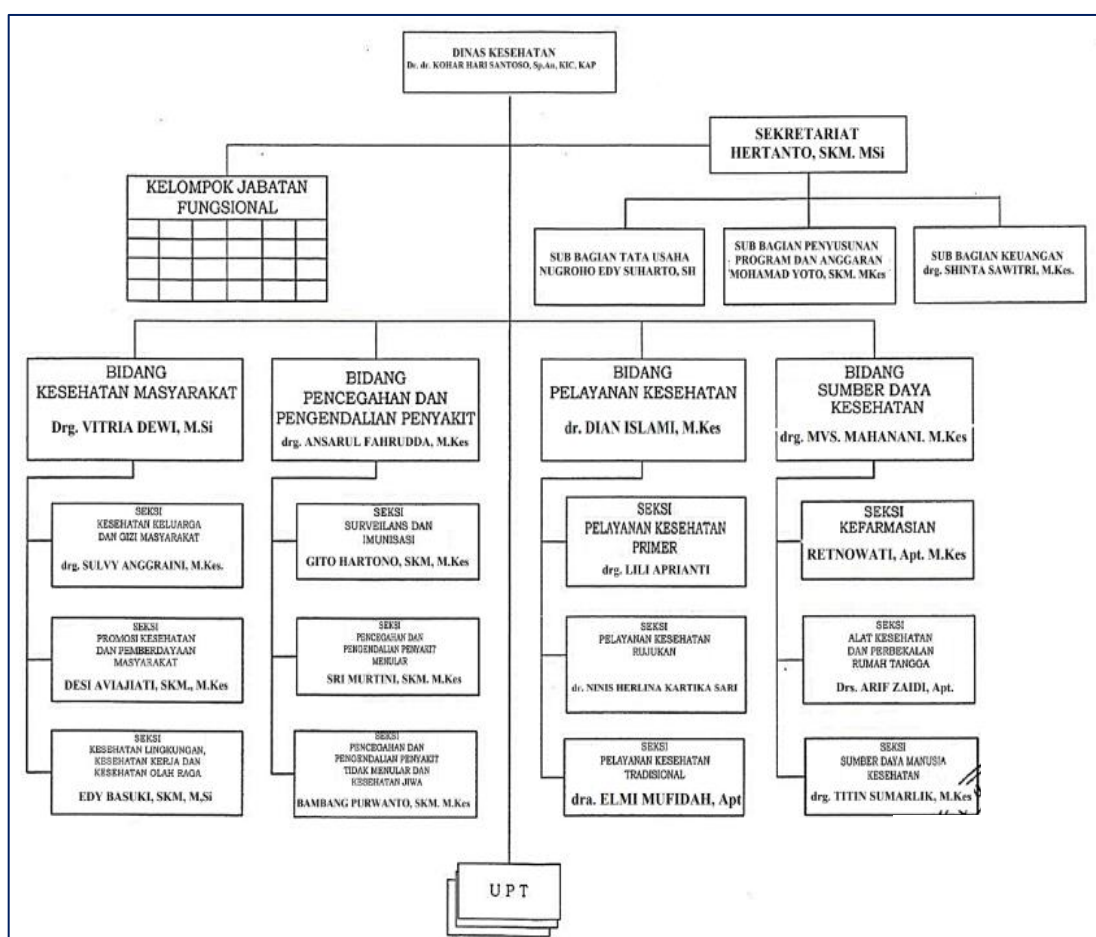
- b. Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat.
 - c. Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan.
 - d. Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan.
4. Untuk mewujudkan misi “Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Mencegah, menurunkan, dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya.
 5. Untuk mewujudkan misi “Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan”, maka ditetapkan tujuan: Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar.

4.1.4 Kebijakan

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

1. Dalam rangka mewujudkan misi “Menggerakkan pembangunan berwawasa kesehatan”, maka ditetapkan kebijakan: Pemanapan pembangunan berwawasan kesehatan.
2. Dalam rangka mewujudkan misi “Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat”, maka ditetapkan kebijakan:
 - a. Pengembangan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)
 - b. Peningkatan lingkungan sehat
3. Dalam rangka mewujudkan misi “Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau”, maka ditetapkan kebijakan:
 - a. Percepatan penurunan kematian ibu dan anak
 - b. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan
 - c. Pemenuhan ketersediaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan dan makanan
 - d. Peningkatan pembiayaan kesehatan dan pengembangan kebijakan dan manajemen kesehatan

4. Dalam rangka mewujudkan misi “Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan”, maka ditetapkan kebijakan:
 - a. Penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada bayi, anak balita, ibu hamil dan menyusui
 - b. Peningkatan pencegahan, surveilans, deteksi dini penyakit menular, penyakit tidak menular, penyakit potensial KLB/wabah dan ancaman epidemic yang diikuti dengan pengobatan sesuai standar serta penanggulangan masalah kesehatan lainnya dan bencana
 5. Dalam rangka mewujudkan misi “Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan”, maka ditetapkan kebijakan: Penyediaan tenaga kesehatan di rumah sakit, balai kesehatan, puskesmas dan jaringannya serta mendayagunakan tenaga kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan.
- Struktur organisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sebagai berikut:



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Gambar 4.1 menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur memiliki struktur organisasi yang terdiri dari Kelompok Jabatan Fungsional, UPT,

Sekretariat, Bidang Kesehatan Masyarakat, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Bidang Pelayanan Kesehatan, dan Bidang Sumber Daya Kesehatan. Bagian Sekretariat terdiri dari Sub Bagian Tata Usaha, Sub Bagian Penyusun Program dan Anggaran, dan Sub Bagian Keuangan. Bagian Bidang Kesehatan Masyarakat terdiri dari Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat, Seksi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, serta Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja, dan Kesehatan Olah Raga. Bagian Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terdiri dari Seksi Surveilans dan Imunisasi, Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, serta Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa. Bagian Bidang Sumber Daya Kesehatan terdiri dari Seksi Kefarmasian, Seksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Rumah Tangga, serta Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan.

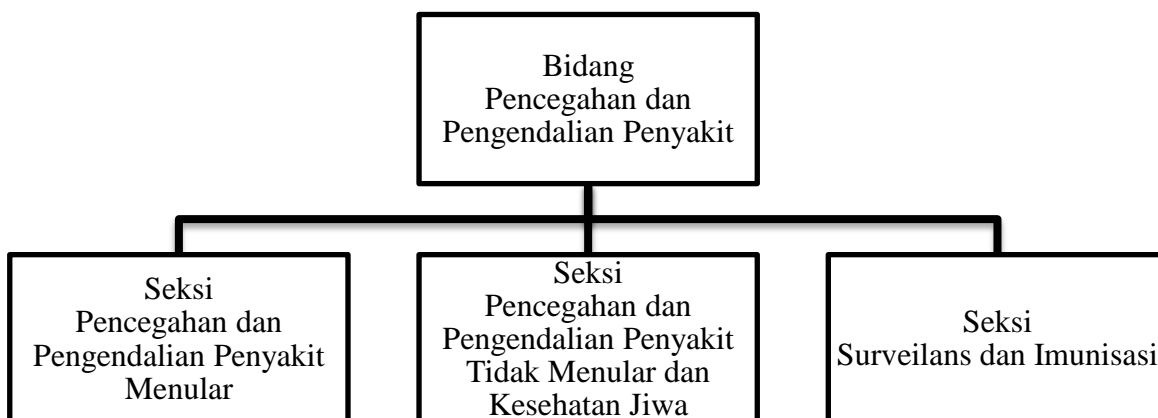
4.1.5 Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

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

1. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.
3. Pelaksanaan koordinasi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.
4. Pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans epidemiologi dan karantina, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, penyakit tular vektor, penyakit zoonotik dan penyakit tidak menular, upaya kesehatan jiwa dan NAPZA.

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

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



Gambar 4.2 Susunan Organisasi Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Gambar 4.2 menunjukkan bahwa bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terbagi menjadi tiga seksi yaitu Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, dan Seksi Surveilans dan Imunisasi.

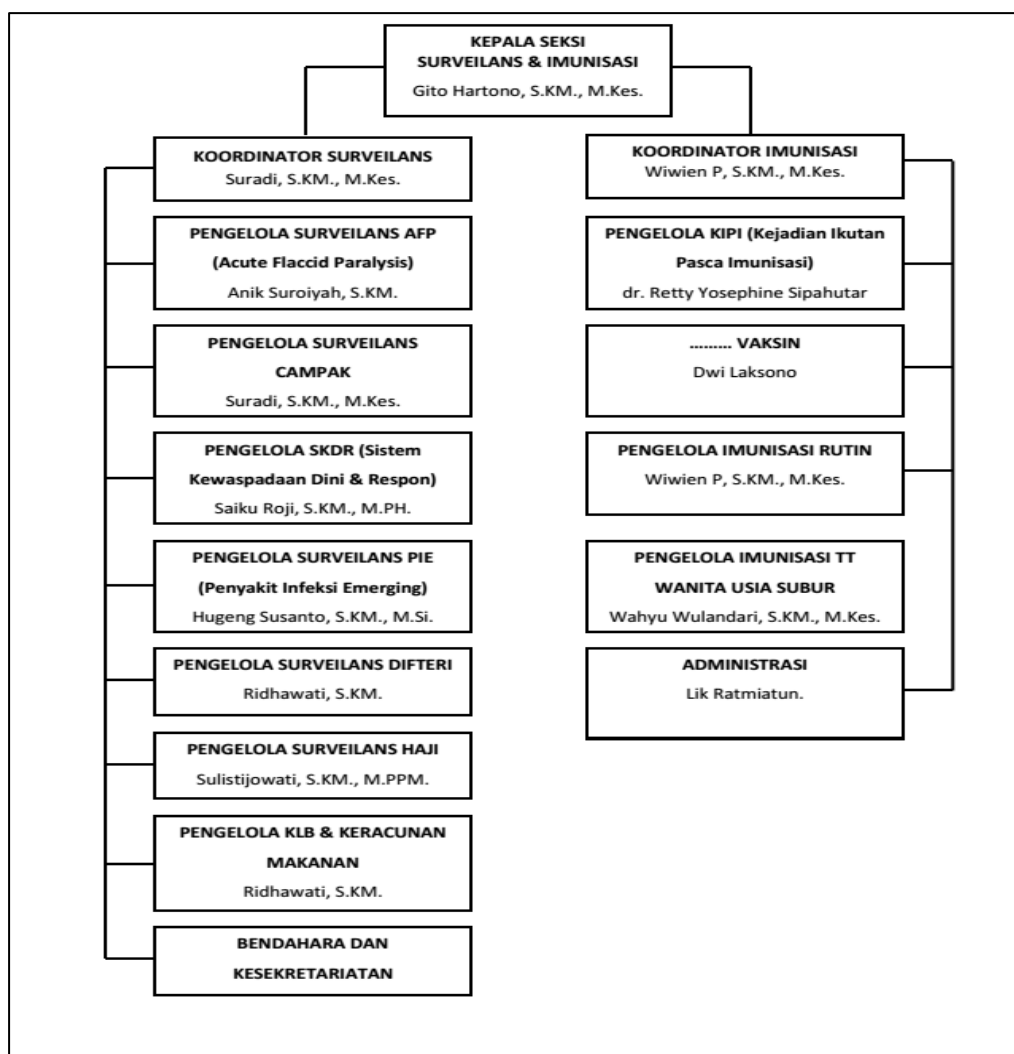
4.1.6 Seksi Surveilans dan Imunisasi

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

1. Menyiapkan bahan penyusunan perencanaan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
2. Menyiapkan bahan rumusan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
3. Menyiapkan bahan pelaksanaan kebijakan program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;
4. Menyiapkan bahan rumusan pedoman umum, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program surveilans dan imunisasi serta penanggulangan kejadian luar biasa;

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

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



Gambar 4.3 Struktur Organisasi Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2018

Gambar 4.2 menunjukkan bahwa seksi surveilans dan imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur terdiri dari Bagian Surveilans dan Bagian Imunisasi. Bagian Surveilans terdiri dari Koordinator Surveilans, Pengelolaan Surveilans AFP, Pengelolaan Surveilans Campak, Pengelolaan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon), Pengelola Surveilans PIE, Pengelola Surveilans Difteri, Pengelola KLB dan Keracunan Makanan, Bendahara dan Kesekretariatan. Bagian imunisasi terdiri dari Koordinator Imunisasi, Pengelola KIP (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi), Pengelola Vaksin Rutin dan Administrasi.

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

Gambaran program surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) sebagai berikut:

4.2.1 Tujuan Surveilans AFP

Surveilans AFP memiliki tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut:

Tujuan Umum:

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

Tujuan Khusus:

1. Menemukan semua kasus AFP yang ada di suatu wilayah.
2. Melacak semua kasus AFP yang ditemukan di suatu wilayah.
3. Mengumpulkan dua spesimen semua kasus AFP sesegera mungkin setelah kelumpuhan.
4. Memeriksa spesimen tinja semua kasus AFP yang ditemukan di Laboratorium Polio Nasional.
5. Memeriksa spesimen kontak terhadap *Hot Case* untuk mengetahui adanya sirkulasi VPL.
6. Melakukan kunjungan ulang 60 hari untuk kasus yang spesimennya tidak adekuat atau mengandung virus vaksin.

4.2.2 Indikator Kinerja Surveilans AFP

Surveilans AFP memiliki beberapa indikator kinerja pada periode tahun berjalan. Indikator kinerja surveilans AFP bermanfaat untuk mengukur pencapaian kegiatan sebagai berikut:

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

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

4.2.3 Kegiatan Surveilans AFP

Surveilans AFP memiliki beberapa kegiatan sebagai berikut:

1. Penemuan kasus AFP

Penemuan kasus AFP dalam satu wilayah yang diperkirakan minimal 2 kasus AFP diantara 100.000 penduduk usia <15 tahun per tahun (Non Polio AFP rate minimal 2/100.000 per tahun). Penemuan kasus AFP dapat dilakukan melalui sistem surveilans aktif rumah sakit dan sistem surveilans masyarakat. Surveilans aktif masyarakat (SARS) merupakan salah satu prioritas dengan asumsi bahwa sebagian besar kasus dengan kelumpuhan akan berobat ke rumah sakit sehingga dapat menemukan kasus AFP yang berobat ke rumah sakit. Pengamatan/pengumpulan data dilakukan oleh petugas kabupaten/kota setiap minggu dan *contact person*/ petugas surveilans RS setiap hari.

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

2. Pelacakan kasus AFP

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

3. Pengumpulan spesimen kasus AFP

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

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

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

Gambaran sistem pencatatan dan pelaporan surveilans AFP didapatkan melalui studi dokumen peraturan dan *indepth interview* dengan petugas yang terkait pelaksanaan surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, sebagai berikut:

4.3.1 Pengumpulan Data

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

Proses pengumpulan data kasus AFP berdasarkan laporan Puskesmas dan Rumah Sakit akan dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap minggu melalui sistem pelaporan PWS KLB (W2) dengan ada atau tidaknya kasus. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur akan melaporkan setiap bulan melalui formulir FPL meskipun tidak menemukan kasus, dengan ketentuan tepat jika pelaporan paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Lis Kasus AFP (FPL) dibuat secara kumulatif sampai dengan bulan laporan pada tahun berjalan. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga mengirimkan formulir FP1 (Formulir Pelacakan Kasus AFP) ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

4.3.2 Pengolahan Data

Pengumpulan data kasus AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menggunakan aplikasi Ms Excel dan Epi Info. Data tersebut didapatkan dari laporan rutin Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kemudian melakukan pengisian data kasus

AFP se-Jawa Timur. Data kasus AFP yang terkumpul dikelompokkan berdasarkan variabel usia, tempat, tanggal lumpuh, pelacakan, pengambilan spesimen, spesimen adekuat, kunjungan ulang, sisa lumpuh, dan klasifikasi. Tujuan pengelompokan tersebut untuk memudahkan analisis data sesuai variabel epidemiologi yaitu orang, tempat, dan waktu. Proses pengolahan data akan segera dilakukan setelah mendapatkan laporan rutin dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

4.3.3 Analisis Data

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melakukan analisis data kasus AFP menggunakan aplikasi Ms Excel dan Epi Info. Data tersebut dikembangkan dalam bentuk narasi, tabel, dan grafik yang berdasarkan variabel epidemiologi yaitu waktu, tempat, dan orang.

4.3.4 Diseminasi Data

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengirimkan kembali data kasus AFP, absensi laporan mingguan, dan analisis kinerja Surveilns AFP kepada setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap 3 bulan sekali. Hal ini dilakukan sebagai bentuk *follow up* atau *feedback* sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang telah melaporkan dapat melakukan pengecekan data, dan bagi Dinas Kesehatan/Kota yang belum melaporkan dapat segera melaporkan. Salinan hasil laboratorium yang diterima juga harus segera dikirimkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota asal kasus AFP dan RS/puskesmas yang menemukan kasus AFP.

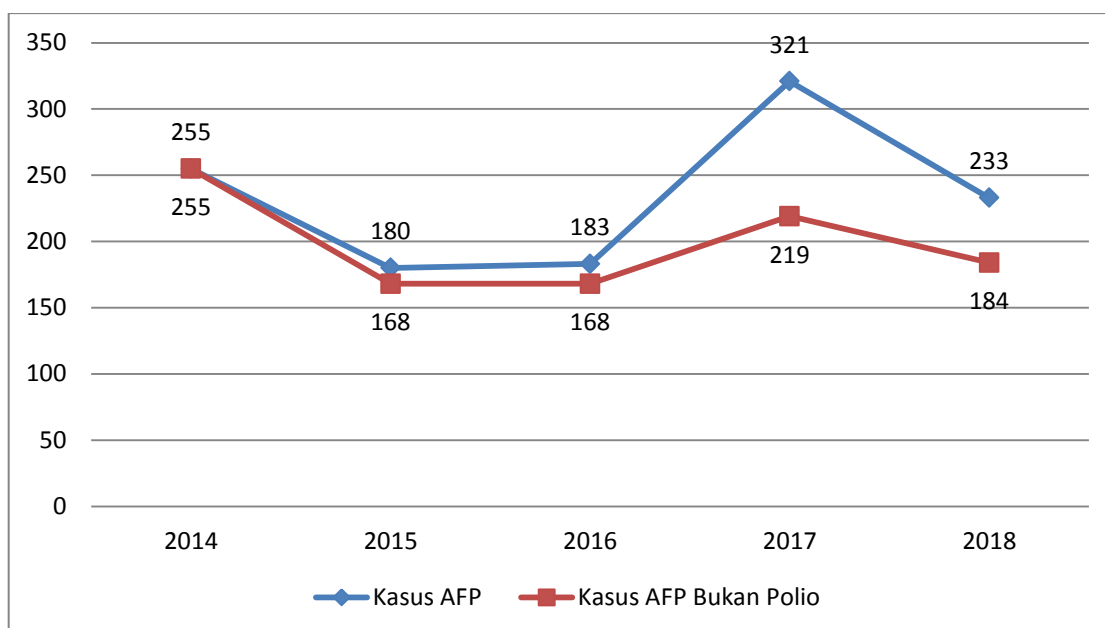
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengirimkan kasus AFP dalam bentuk FP1 (Formulir Pelacakan Kasus AFP) kepada Pusat menggunakan data berupa file Epi Info (*role data*) setiap hari jumat melalui email pusat, dan mengirimkan kasus AFP dalam bentuk Lis Kasus AFP (FPL), kelengkapan, dan ketepatan waktu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

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

Distribusi kasus AFP bukan polio di Provinsi Jawa Timur berdasarkan studi dokumen laporan Lis Kasus AFP Jawa Timur tahun 2014-2018 (analisis sampai bulan Januari 2019), sebagai berikut:

4.4.1 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Waktu

Distribusi total kasus AFP dan kasus AFP bukan polio di Jawa Timur dari tahun 2014 sampai tahun 2018 sebagai berikut:



Gambar 4.4 Distribusi Total Kasus AFP dan Kasus AFP Bukan Polio di Jawa Timur Tahun 2014-2018

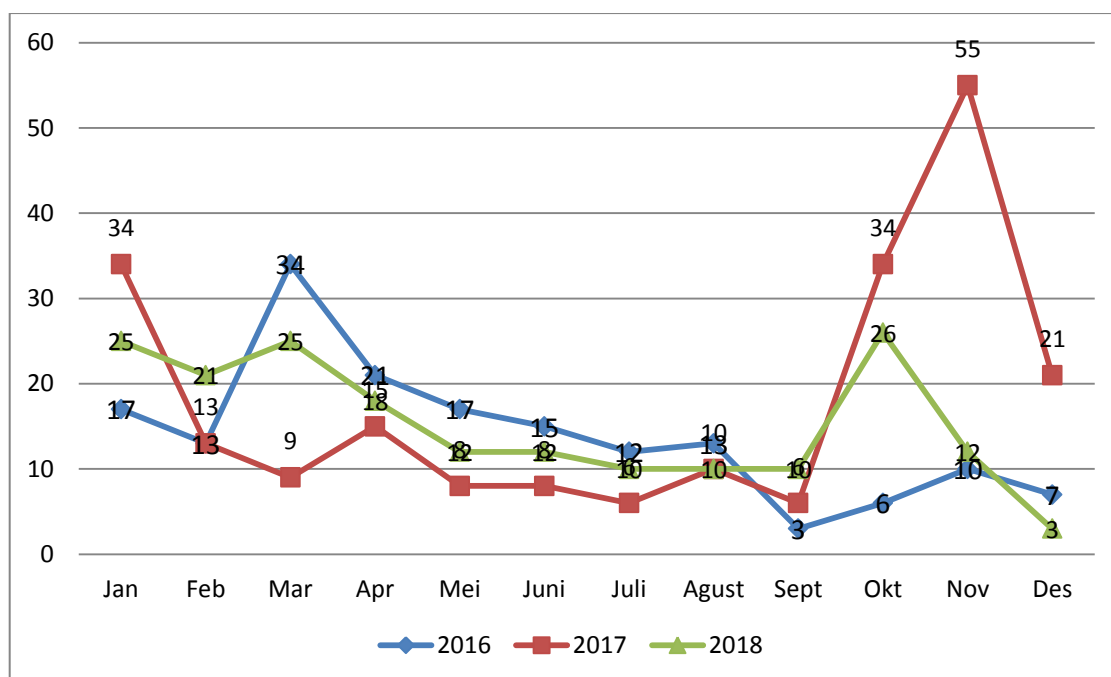
Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018

Gambar 4.4 menunjukkan bahwa penemuan kasus AFP dan kasus AFP bukan polio di Provinsi Jawa Timur tahun 2014-2018 cenderung mengalami fluktuatif. Penemuan kasus AFP mengalami penurunan pada tahun 2015, kemudian meningkat pada tahun 2016 dan 2017, tetapi menurun kembali pada tahun 2018 menjadi sebesar 233 kasus AFP. Penemuan kasus AFP di Jawa Timur tertinggi pada tahun 2017 sebesar 321 kasus dan terendah pada tahun 2015 sebesar 180 kasus. Kasus AFP merupakan semua anak berusia kurang dari 15 tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya layuh (*flaccid*), terjadi secara akut (mendadak), dan bukan disebabkan oleh ruda paksa. Penemuan kasus AFP akan memengaruhi *AFP rate*, yaitu jumlah kasus AFP yang dilaporkan dibandingkan dengan jumlah penduduk usia <15 tahun dikali dengan 100.000. Penemuan kasus AFP yang semakin tinggi maka *AFP rate* juga akan semakin memenuhi target kinerja, yaitu 2/100.000 penduduk usia <15 tahun.

Penemuan kasus AFP bukan polio di Provinsi Jawa Timur tahun 2015 mengalami penurunan dan sama dengan tahun 2016, tetapi meningkat kembali pada tahun 2017. Tahun 2018 mengalami penurunan dengan penemuan kasus AFP bukan polio sebesar 184 kasus. Penemuan kasus AFP bukan polio tertinggi terjadi pada tahun 2014 sebesar 255 kasus dan terendah pada tahun 2015 dan 2016 sebesar 168 kasus. Tahun 2017 mengalami peningkatan penemuan kasus AFP dan kasus AFP bukan polio paling besar sedangkan tahun 2018 mengalami penurunan penemuan kasus AFP yang paling besar dan tahun 2015 mengalami penurunan penemuan kasus AFP bukan polio

yang paling besar dibanding tahun sebelumnya dalam 5 periode terakhir. Perbedaan antara jumlah kasus AFP dan AFP bukan polio disebabkan oleh tidak melakukan pengambilan spesimen penderita. Kasus AFP bukan polio merupakan kasus AFP dengan spesimen adekuat yang telah terbukti hasil pemeriksaan laboratorium bukan polio dibandingkan dengan jumlah penduduk usia <15 tahun dikali dengan 100.000. Penemuan kasus AFP bukan polio yang semakin tinggi maka *non polio AFP rate* juga akan semakin memenuhi target kinerja, yaitu $\geq 2/100.000$ penduduk usia <15 tahun.

Distribusi kasus AFP bukan polio berdasarkan setiap bulan Tahun 2016-2018 sebagai berikut:



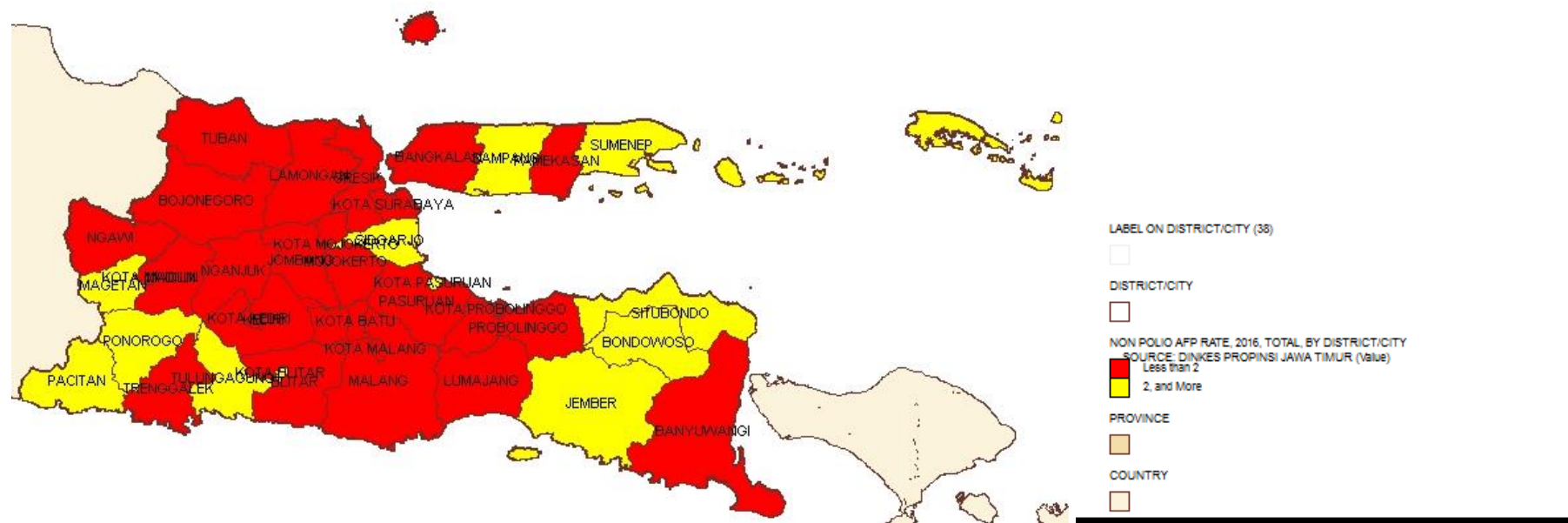
Gambar 4.5 Distribusi kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Bulan di Jawa Timur Tahun 2016-2018

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

Gambar 4.5 menunjukkan bahwa kasus AFP bukan polio setiap bulan di tahun 2016-2018 cenderung mengalami fluktuatif. Penemuan kasus AFP tahun 2016-2018 pada bulan Februari mengalami penurunan, sedangkan bulan Oktober mengalami peningkatan. Bulan Maret tahun 2016 dan 2018 mengalami peningkatan, sedangkan tahun 2018 mengalami penurunan. Bulan November tahun 2016 dan 2017 mengalami peningkatan, sedangkan tahun 2018 mengalami penurunan. Bulan Desember tahun 2016-2018 mengalami penurunan. Penemuan kasus AFP terbanyak terjadi pada tahun 2017 terutama bulan November sebesar 55 kasus karena pelaksanaan HRR (*hospital review record*) didampingi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

4.4.2 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Tempat

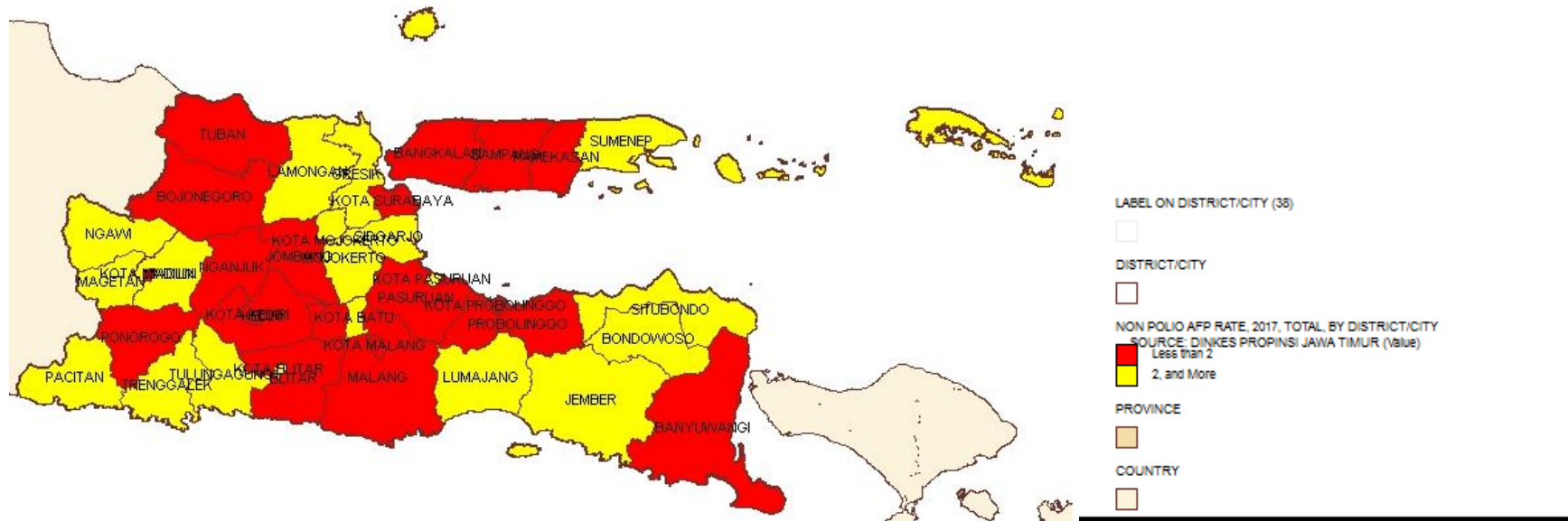
Distribusi kasus AFP bukan polio sesuai indikator kinerja *non polio AFP rate* berdasarkan kabupaten/kota yang ada di Provinsi Jawa Timur tahun 2016-2018 sebagai berikut:



Gambar 4.6 Peta Persebaran *Non Polio AFP Rate* di Jawa Timur tahun 2016

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

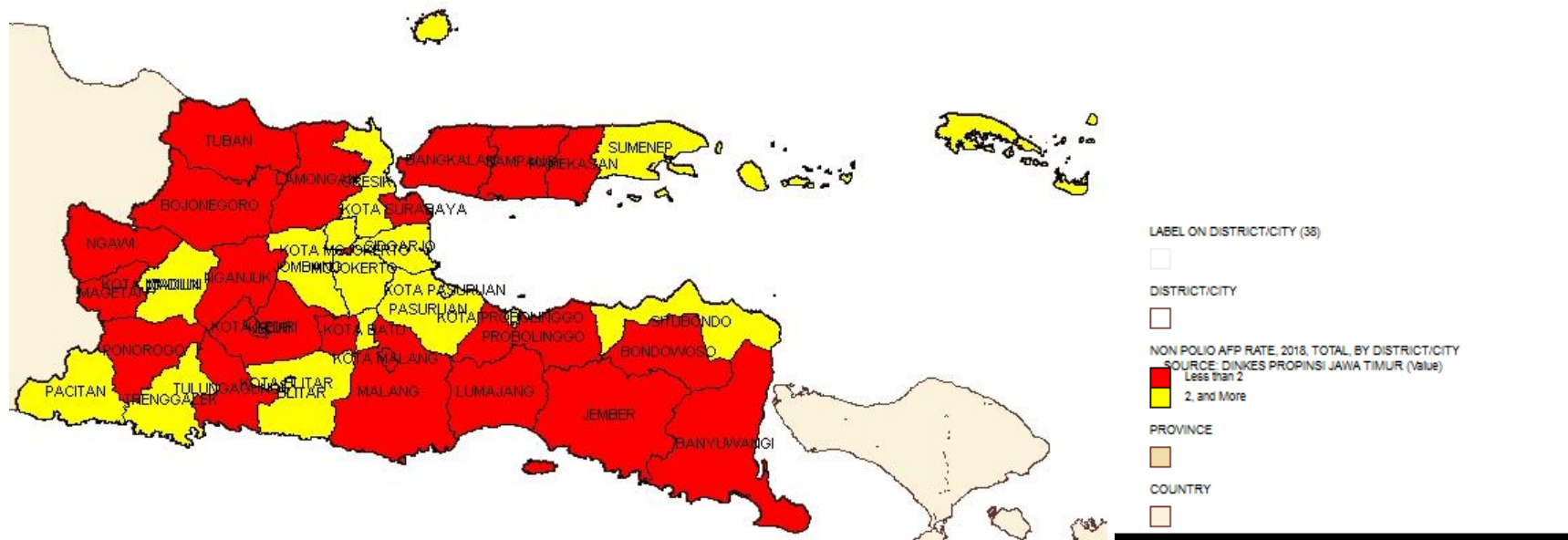
Gambar 4.6 menunjukkan bahwa persebaran *non polio AFP rate* berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur tahun 2016 didominasi oleh kategori belum memenuhi target kinerja/kurang dari standar minimal penemuan kasus AFP bukan polio. Hal tersebut ditunjukkan berdasarkan mayoritas masih berwarna merah ($<2/100.000$ penduduk usia <15 tahun) sebanyak 26 kabupaten/kota, sedangkan yang berwarna kuning ($\geq 2/100.000$ penduduk usia <15 tahun) sebanyak 12 kabupaten/kota. Jumlah kabupaten/kota yang didominasi oleh kategori belum memenuhi target kinerja menyebabkan *non polio AFP rate* di Jawa Timur juga belum memenuhi target kinerja surveilans AFP, yaitu sebesar $1,56/100.000$ penduduk usia <15 tahun.



Gambar 4.7 Peta Persebaran Non Polio AFP Rate di Jawa Timur tahun 2017

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

Gambar 4.7 menunjukkan bahwa persebaran *non polio AFP rate* berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur tahun 2017 seimbang. Hal tersebut ditunjukkan berdasarkan jumlah kabupaten/kota sama antara yang berwarna merah ($<2/100.000$ penduduk usia <15 tahun) dan berwarna kuning ($\geq 2/100.000$ penduduk usia <15 tahun) yaitu 19 kabupaten/kota. Jumlah kabupaten/kota yang sama antara belum memenuhi target kinerja dan telah memenuhi target kinerja menyebabkan *non polio AFP rate* di Jawa Timur tahun 2017 meningkat dan telah memenuhi target kinerja surveilans AFP, yaitu sebesar $2,03/100.000$ penduduk usia <15 tahun.



Gambar 4.8 Peta Persebaran Non Polio AFP Rate di Jawa Timur tahun 2018

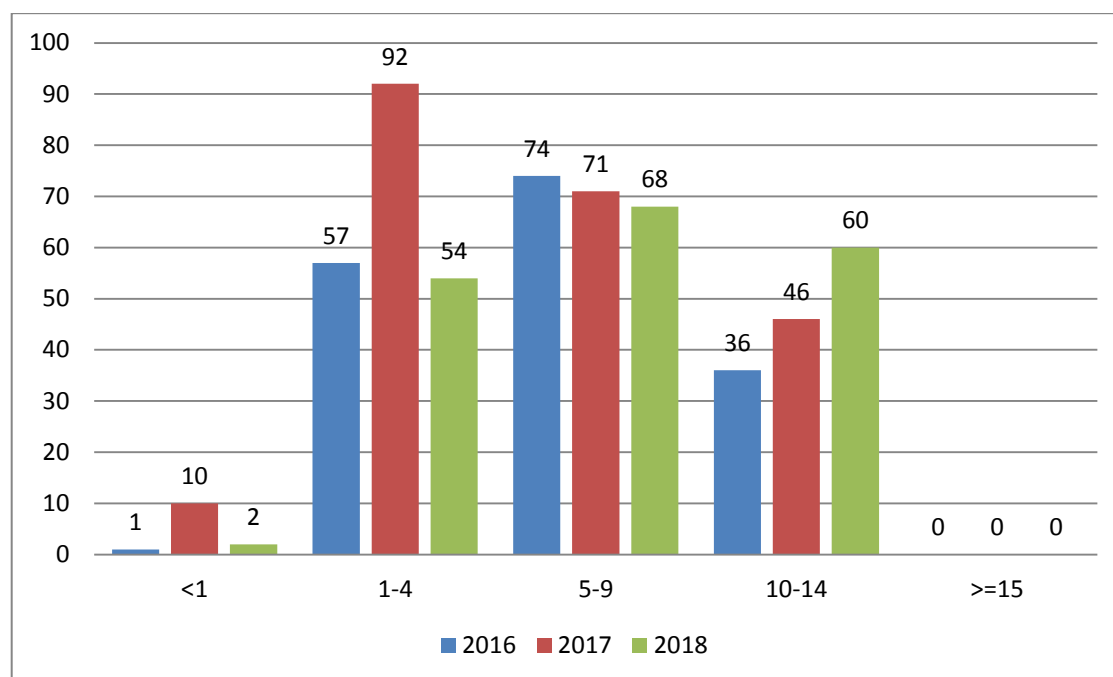
Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018

Gambar 4.8 menunjukkan bahwa persebaran *non polio AFP rate* berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur tahun 2018 didominasi oleh kategori belum memenuhi target kinerja/kurang dari standar minimal penemuan kasus AFP bukan polio. Hal tersebut ditunjukkan berdasarkan mayoritas masih berwarna merah ($<2/100.000$ penduduk usia <15 tahun) sebanyak 22 kabupaten/kota, sedangkan yang berwarna kuning ($\geq 2/100.000$ penduduk usia <15 tahun) sebanyak 16 kabupaten/kota. Jumlah kabupaten/kota yang didominasi oleh kategori belum memenuhi target kinerja menyebabkan *non polio AFP rate* di Jawa Timur juga belum memenuhi target kinerja surveilans AFP, yaitu sebesar $1,71/100.000$ penduduk usia <15 tahun.

Persebaran *non polio AFP rate* berdasarkan kabupaten/kota di Jawa Timur tahun 2016-2018 menunjukkan bahwa terdapat 5 kabupaten/kota yang selalu memenuhi target kinerja ($\geq 2/100.000$ penduduk usia <15 tahun) dalam 3 periode yaitu Kota Blitar, Kab. Pacitan, Kab. Sidoarjo, Kab. Situbondo, dan Kab. Sumenep. Kabupaten/kota yang memiliki kinerja surveilans AFP kurang dalam 3 periode terakhir sebanyak 12 kabupaten/kota, meliputi Kab. Bangkalan, Kab. Banyuwangi, Kab. Bojonegoro, Kab. Kediri, Kota Kediri, Kota Malang, Kota Surabaya, Kab. Malang, Kab. Nganjuk, Kab. Pamekasan, Kab. Probolinggo, dan Kab. Tuban. Persebaran *non polio AFP rate* di Jawa Timur tahun 2016-2018 juga menunjukkan bahwa terdapat 11 kabupaten/kota yang mengalami peningkatan kinerja surveilans AFP, dan 10 kabupaten/kota yang mengalami penurunan kinerja surveilans AFP.

4.4.3 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Orang

Distribusi kasus AFP berdasarkan kelompok umur di Jawa Timur tahun 2016-2018 sebagai berikut:



Gambar 4.9 Distribusi Kasus AFP Bukan Polio berdasarkan Kelompok Umur di Jawa Timur tahun 2016-2018

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

Gambar 4.9 menunjukkan bahwa tahun 2016 dan 2018 mayoritas kasus AFP bukan polio terjadi pada kelompok umur 5-9 tahun, tahun 2017 mayoritas kasus AFP bukan polio terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun. Kelompok umur 5-9 tahun rentan mengalami kasus AFP bukan polio karena dua periode (2016 dan 2018) didominasi oleh kelompok umur tersebut. Kasus AFP bukan polio tahun 2016-2018 mengalami

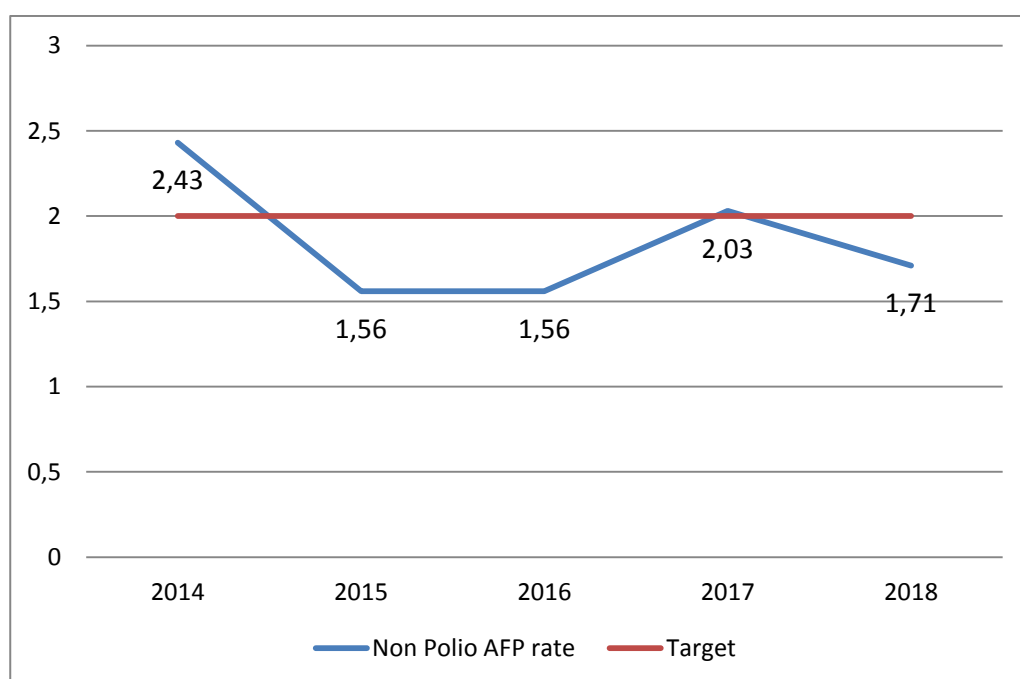
peningkatan di kelompok umur 1-4 tahun, tahun 2016 dan 2018 mengalami peningkatan pada kelompok umur 5-9 tahun, sedangkan tahun 2017 mengalami penurunan. Kasus AFP bukan polio tertinggi terjadi tahun 2017 pada kelompok umur 1-4 tahun. Kelompok umur ≥ 15 tahun tidak ditemukan mengalami kasus AFP bukan polio dari tiga periode (2016-2018) di Provinsi Jawa Timur.

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

4.5.1 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dilakukan melalui studi dokumen laporan kinerja Surveilans AFP pada tahun 2018, dan *indepth interview* dengan petugas yang terkait dengan pelaksanaan Surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Permasalahan yang diperoleh sebagai berikut:

1. *Rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) sebesar 1,71/100.000, menunjukkan bahwa belum memenuhi target sebesar $\geq 2/100.000$



Gambar 4.10 *Non Polio AFP Rate* di Jawa Timur tahun 2014-2018
Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018

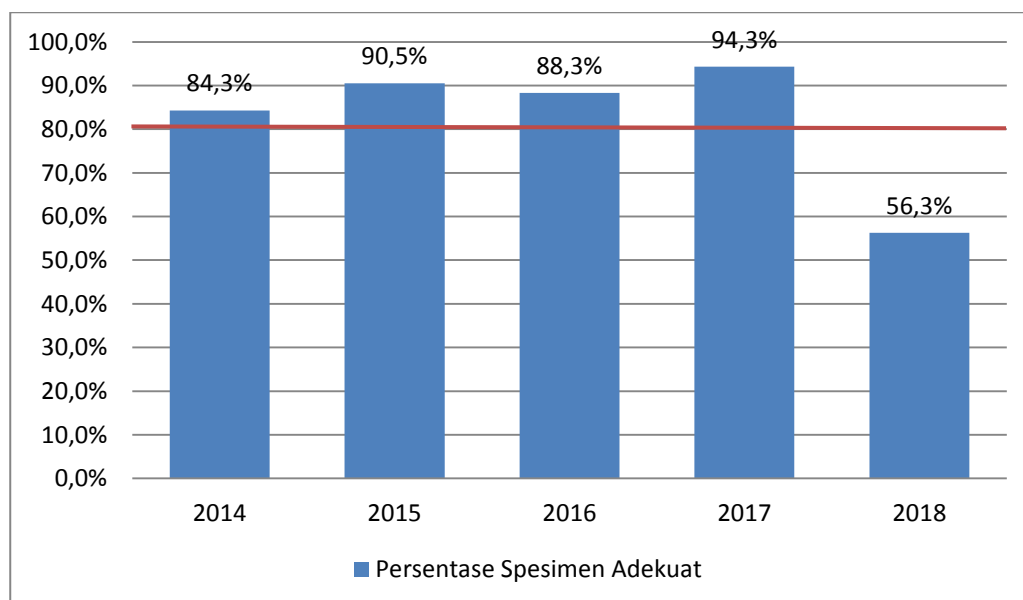
Gambar 4.10 menunjukkan bahwa *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) di Provinsi Jawa Timur cenderung mengalami fluktuatif dari tahun 2014-2018. Target *non polio AFP rate* pada penduduk usia < 15 tahun yaitu sebesar $\geq 2/100.000$ (Kepmenkes RI, 2007). *Rate* penemuan kasus AFP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

2015, 2016, dan 2018 *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (non polio AFP *rate*) belum memenuhi target kinerja surveilans AFP.

Rate penemuan kasus AFP bukan polio (non polio AFP *rate*) tahun 2014 sebesar 2,43/100.000, tahun 2015 dan 2016 sebesar 1,56/100.000, tahun 2017 sebesar 2,03/100.000, dan tahun 2018 sebesar 1,71/100.000 penduduk usia <15 tahun. Capaian indikator *non polio AFP rate* terendah terjadi pada tahun 2015 dan 2016 sedangkan tertinggi pada tahun 2014 dalam 5 periode terakhir. Kinerja surveilans AFP di Provinsi Jawa Timur tahun 2018 masih belum baik karena *rate* penemuan kasus AFP non polio (non polio AFP *rate*) mengalami penurunan dan belum memenuhi target kinerja surveilans AFP.

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

2. Persentase spesimen adekuat sebesar 56,3%, menunjukkan bahwa belum memenuhi target sebesar $\geq 80\%$



Gambar 4.11 Persentase Spesimen Adekuat Kasus AFP di Jawa Timur tahun 2014-2018

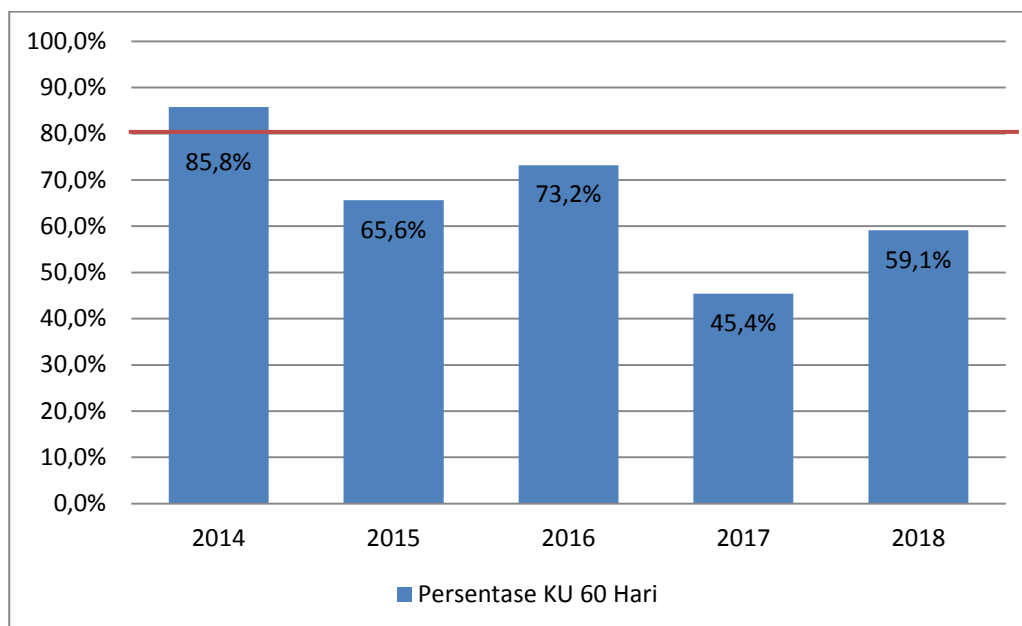
Sumber: Laporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018

Gambar 4.11 menunjukkan bahwa persentase spesimen adekuat di Provinsi Jawa Timur cenderung mengalami fluktuatif dari tahun 2014-2018. Persentase spesimen adekuat kasus AFP di Provinsi Jawa Timur tahun 2014 sebesar 84,3%, tahun 2015 sebesar 90,5%, tahun 2016 sebesar 88,3%, tahun 2017 sebesar 94,3%, dan tahun 2018 sebesar 56,3%. Presentase spesimen adekuat kasus AFP pada tahun 2014-2017 cenderung mengalami fluktuatif tapi telah memenuhi target kinerja, sedangkan pada tahun 2018 mengalami penurunan dan belum memenuhi target kinerja surveilans AFP.

Spesimen adekuat adalah spesimen tinja kasus AFP dengan kelumpuhan <2 bulan yang dilakukan pengambilan spesimen tinja 2 kali dengan interval waktu minimal 24 jam. Pengambilan spesimen tinja pertama dan kedua dilakukan dalam 14 hari pertama kelumpuhan dan spesimen diterima di laboratorium dalam kondisi baik (tidak bocor, volume cukup masing-masing spesimen minimal 8 gram atau 1 sendok makan bagi penderita diare, suhu spesimen karier 2-8°C, dan tidak rusak). Target kinerja persentase spesimen adekuat dalam surveilans AFP sebesar 80% (Kepmenkes RI, 2007).

Beberapa penyebab yang memengaruhi penurunan spesimen adekuat kasus AFP antara lain kurangnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang kasus AFP sehingga masyarakat tidak segera melaporkan kasus AFP. Spesimen adekuat merupakan pengambilan spesimen tinja kasus AFP yang mengalami kelumpuhan tidak lebih dari 14 hari karena konsentrasi virus polio dalam tinja diperkirakan sebesar 63-96% pada saat <14 hari pertama kelumpuhan, maka diperlukan partisipasi masyarakat untuk segera melaporkan kasus AFP kepada pelayanan kesehatan terdekat.

3. Persentase kunjungan ulang 60 hari sebesar 59,1%, menunjukkan bahwa belum memenuhi target sebesar $\geq 80\%$



Gambar 4.12 Persentase Kunjungan Ulang 60 Hari Kasus AFP di Jawa Timur tahun 2014-2018

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

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

Kunjungan ulang 60 hari kasus AFP dilakukan apabila spesimen tidak adekuat atau virus polio vaksin positif. Spesimen yang tidak adekuat dan hasil pemeriksaan laboratorium negatif maka belum dapat dipastikan kasus tersebut bukan polio, dan hasil virus polio vaksin positif juga memerlukan informasi penunjang secara klinis untuk menentukan apakah ada hubungan antara kelumpuhan dengan virus polio vaksin yang ditemukan melalui kunjungan ulang 60 hari. Kunjungan ulang (KU) 60 hari kasus AFP dilakukan untuk mengetahui adanya sisa kelumpuhan setelah 60 hari sejak terjadi kelumpuhan, dengan target kinerja sebesar 80% (Kepmenkes RI, 2007).

4.5.2 Prioritas Masalah

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

Tabel 4.1 Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode CARL

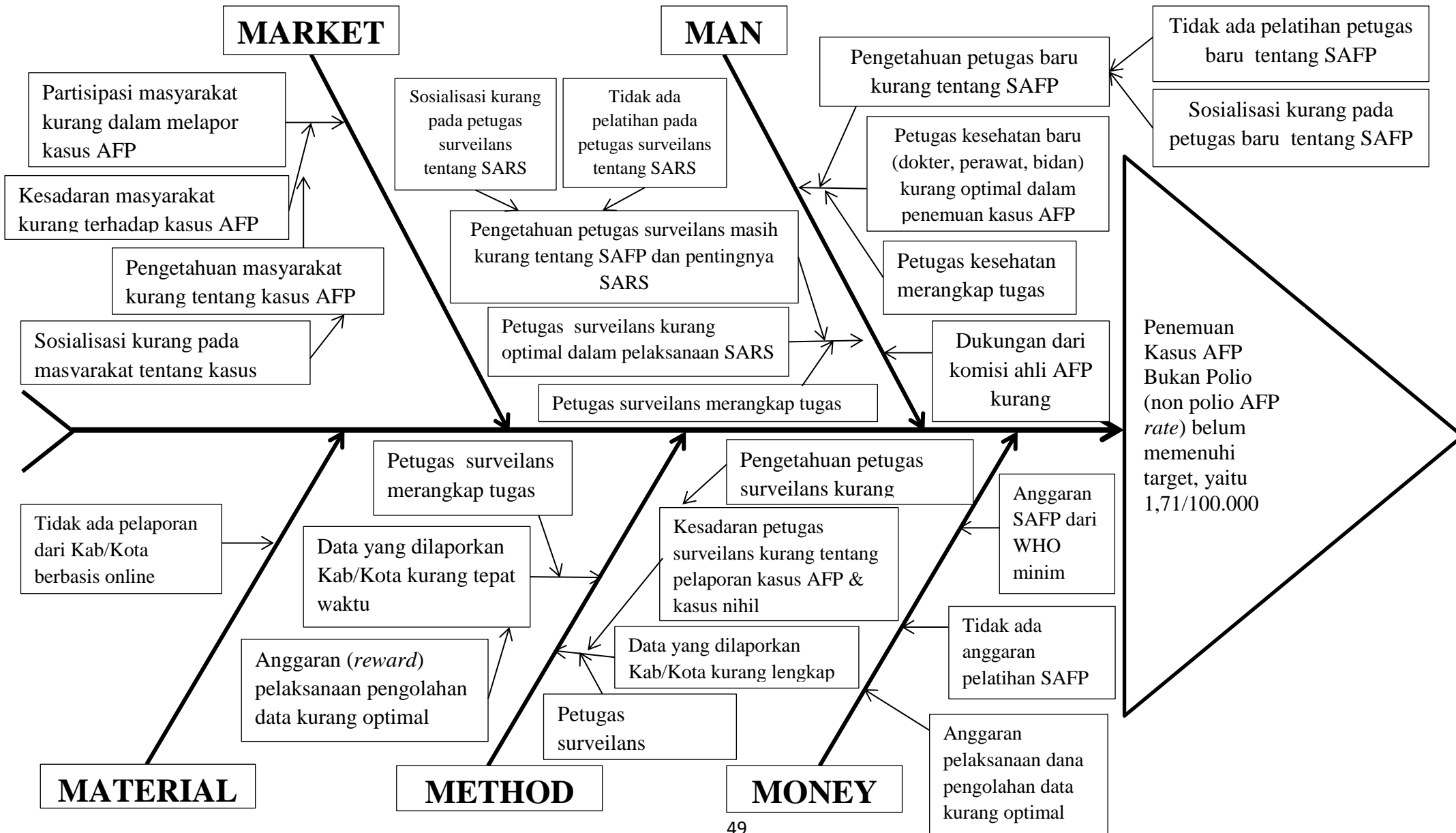
N o.	Masalah	C				A				R				L				Total	Rank
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1.	<i>Rate</i> penemuan kasus AFP bukan polio (non polio AFP <i>rate</i>) belum memenuhi target yaitu sebesar 1,71/100.000	3	3	4	5	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	5	5	55.860	1
2.	Persentase spesimen adekuat belum memenuhi target yaitu sebesar 56,3%	3	3	4	4	3	3	4	5	3	3	3	4	5	5	5	4	51.870	2
3.	Persentase kunjungan ulang 60 hari belum memenuhi target yaitu sebesar 59,1%	3	3	4	4	2	3	4	4	2	3	4	3	3	5	4	4	34.944	3

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa penentuan prioritas masalah dengan metode CARL didapatkan bahwa prioritas masalah dalam pelaksanaan surveilans AFP yaitu *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (non polio AFP *rate*) yang belum memenuhi target yaitu hanya sebesar 1,71/100.000 dari penduduk usia <15 tahun, sedangkan target penemuan kasus AFP bukan polio yaitu sebesar $\geq 2/100.000$ dari penduduk usia <15 tahun. Oleh karena itu, dilakukan analisis penyebab masalah dengan mencari akar penyebab masalah menggunakan metode *fishbone*.

4.5.3 Penyebab Masalah

Penyebab masalah berdasarkan prioritas masalah yaitu *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) yang belum memenuhi target sebesar 1,71/100.000 penduduk usia <15 tahun menggunakan diagram *fishbone*. Identifikasi penyebab masalah dapat dilihat berdasarkan sumberdaya (*resources*) meliputi 6M2T1I yaitu *man, money, material, method, market, machine, time, technology, information*. Berikut diagram *fishbone* pada masalah *rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) di Provinsi Jawa Timur:

Gambar 4.13 Diagram *Fishbone* Masalah *Rate* Penemuan Kasus AFP Bukan Polio Belum Memenuhi Target (1,71/100.000)



1. *Man*

Faktor penyebab dari Sumber Daya Manusia (*man*) yaitu petugas kesehatan baru (dokter, perawat, bidan) kurang optimal dalam penemuan kasus AFP, petugas surveilans kurang optimal dalam pelaksanaan SARS, dan dukungan dari komisi ahli AFP yang kurang. Petugas kesehatan baru (dokter, perawat, bidan) kurang optimal dalam penemuan kasus AFP disebabkan oleh pengetahuan petugas kesehatan baru kurang tentang Surveilans AFP dan adanya petugas kesehatan yang merangkap tugas. Pengetahuan petugas kesehatan baru kurang tentang SAFP disebabkan oleh kurangnya sosialisasi dan tidak ada pelatihan tentang SAFP. Pergantian petugas kesehatan masih terdapat yang belum mendapatkan pengetahuan dan tidak ada pelatihan tentang surveilans AFP sehingga masih terdapat petugas kesehatan yang kurang pemahaman bahwa surveilans AFP bukan mencari penyakit polio tetapi gejala kelumpuhan layuh akut kemudian dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium. Petugas surveilans kurang optimal dalam pelaksanaan SARS disebabkan oleh pengetahuan petugas surveilans kurang tentang pentingnya pelaksanaan SARS, dan petugas surveilans merangkap tugas. Pengetahuan petugas surveilans kurang tentang SARS disebabkan oleh kurangnya sosialisasi dan tidak terdapat pelatihan tentang pelaksanaan SARS.

2. *Market*

Faktor penyebab dari *market* (masyarakat) yaitu partisipasi masyarakat kurang dalam melapor kasus AFP. Kurangnya partisipasi masyarakat tersebut disebabkan oleh kesadaran kurang terhadap kasus AFP. Kesadaran masyarakat yang kurang tersebut disebabkan oleh pengetahuan yang kurang tentang kasus AFP. Beberapa masyarakat kurang memahami tentang beberapa diagnosis yang termasuk dalam kasus AFP, sehingga masyarakat kurang melapor ke petugas kesehatan terhadap kasus AFP tersebut. Pengetahuan masyarakat kurang tentang kasus AFP disebabkan oleh kurangnya sosialisasi.

3. *Money*

Faktor penyebab dari anggaran (*money*) yaitu anggaran surveilans AFP dari WHO minim, tidak terdapat anggaran pelatihan surveilans AFP minim, dan anggaran pelaksanaan dana pengolahan data kurang berjalan secara optimal. Anggaran pelaksanaan dana pengolahan data untuk Dinas Kabupaten

Kabupaten/Kota belum berjalan secara optimal karena seharusnya dana pengolahan data tersebut diberikan ketika Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota telah melaporkan surveilans AFP secara lengkap dan tepat.

4. *Method*

Faktor penyebab dari metode pelaksanaan (*method*) yaitu data yang dilaporkan kurang lengkap dan tepat waktu. Pelaporan surveilans AFP oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang kurang lengkap dan tepat waktu disebabkan oleh pengetahuan kurang tentang pentingnya pelaporan secara lengkap dan tepat, petugas yang merangkap tugas, dan anggaran pelaksanaan dana pengolahan data sebagai *reward* belum berjalan secara optimal.

5. *Material*

Faktor penyebab dari bahan pelaksanaan (*material*) yaitu tidak terdapat pelaporan berbasis *online*. Pelaporan rutin yang dilaksanakan mulai dari puskesmas sampai ke Dinas Kesehatan Provinsi masih berbasis *offline*. Beberapa kasus yang melapor ke pihak Dinas Kesehatan Provinsi melalui media *whatsapp* hanya sebagai bahan konsultasi sehingga yang tercatat dalam data Dinas Kesehatan Provinsi tetap pelaporan *offline* oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan Provinsi yang telah menggunakan *software* SAFPPRO dapat mengirimkan data kasus AFP berupa file EPI INFO (*rec file*) kepada email pusat.

4.5.4 Alternatif Solusi

Alternatif solusi dapat ditentukan berdasarkan akar penyebab masalah yang telah digambarkan dalam diagram *fishbone*. Berikut alternatif solusi yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah penemuan kasus AFP non polio (Non Polio AFP *Rate*) yang belum memenuhi target, hanya sebesar 1,71/100.000 di Provinsi Jawa Timur, antara lain:

1. Peningkatan sosialisasi dan pelatihan tentang surveilans AFP secara rutin kepada petugas kesehatan terkait penemuan kasus AFP di Puskesmas, Rumah Sakit, dan Dinas Kesehatan Kab/Kota.

Peningkatan sosialisasi dan pelatihan dilakukan secara rutin dilakukan kepada petugas kesehatan termasuk dokter, perawat, dan bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas. Sosialisasi kepada petugas kesehatan terkait kasus AFP berupa pengertian kasus AFP, alur pelacakan dan pelaporan kasus AFP, pentingnya pelaksanaan surveilans AFP, dan diagnosis yang termasuk dalam

kasus AFP yang dilaporkan dalam sistem surveilans. Pelatihan kepada petugas kesehatan terutama pada petugas kesehatan yang baru atau dokter, perawat, bidan klinis baru tentang surveilans AFP. Meningkatkan sosialisasi dan pelatihan juga dilakukan kepada petugas surveilans di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan *contact person* di Rumah Sakit tentang pelaksanaan SARS (Surveilans Aktif RS) sehingga dapat meningkatkan penemuan kasus AFP di wilayah kerja setiap Kabupaten/Kota.

Pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan secara rutin dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan dalam menemukan kasus AFP, menangani kasus AFP dan menjalankan surveilans AFP dengan baik. Surveilans AFP dilaksanakan sebagai upaya untuk membuktikan bahwa kasus kelumpuhan yang ditemukan bukan merupakan penyakit polio karena Indonesia merupakan negara dengan eradikasi polio.

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

Peningkatan kegiatan sosialisasi kepada masyarakat terutama yang memiliki anak usia <15 tahun tentang kasus AFP meliputi pengertian kasus AFP, diagnosis yang termasuk dalam kasus AFP, pentingnya melaporkan kasus AFP (gejala kelumpuhan) ke pelayanan kesehatan terdekat dengan segera. Kegiatan sosialisasi kepada masyarakat dapat dilakukan pada kegiatan posyandu, kegiatan sosialisasi rutin di Puskesmas dan Rumah Sakit. Sosialisasi tentang kasus AFP juga dapat dilakukan melalui sosial media berupa poster online yang menarik, sehingga lebih banyak sasaran yang mengetahuinya dan dapat dilihat kapanpun dimanapun. Peningkatan kegiatan sosialisasi kepada masyarakat diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang kasus AFP dan segera melaporkan kasus AFP kepada pelayanan kesehatan terdekat.

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

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

satu prioritas dengan asumsi bahwa sebagian besar kasus dengan kelumpuhan akan berobat ke rumah sakit.

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

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

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

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

Formulir FP1 merupakan formulir pelacakan kasus AFP meliputi riwayat sakit, vaksinasi polio, hasil pemeriksaan fisik kasus AFP, dan data lain yang diperlukan. Pengisian formulir FP1 secara online oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berbasis *google docs*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur membuat *google docs* sesuai dengan tahun yang berjalan, sehingga data formulir FP1 terkumpulkan berdasarkan tahun berjalan. Pengumpulan data sesuai tahun berjalan memudahkan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merekap data dan menganalisis data kemudian membuatnya ke dalam bentuk *epi info* untuk di kirim kepada Subdit Surveilans Epidemiologi Ditjen PP & PL. Pengisian formulir FP1 berbasis *google docs* dapat meminimalisir variabel

yang tidak diisi pada formulir FPI sehingga dapat meningkatkan pelaporan kasus AFP secara lengkap dan tepat waktu.

6. Pelibatan secara aktif komisi ahli AFP Provinsi agar mengontrol dan mengingatkan para klinisi Kabupaten/Kota untuk melaporkan kasus AFP yang ada di wilayah kerjanya.

Komisi ahli AFP di tingkat Provinsi Jawa Timur yaitu IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia), PERDOSSI (Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia), dan PERDOSRI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Indonesia) hendaknya secara aktif mengontrol dan mengingatkan para klinisi yang ada di tingkat Kabupaten/Kota meliputi para dokter, perawat, dan bidan untuk melaporkan kasus AFP yang ada di wilayah kerjanya. Pelibatan secara aktif tersebut dapat meningkatkan penemuan kasus AFP di setiap wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Peningkatan penemuan kasus AFP di wilayah kerja Dinas Kabupaten/Kota dapat menyebabkan peningkatan penemuan kasus AFP di Provinsi Jawa Timur.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur memiliki struktur organisasi yang terdiri dari Kelompok Jabatan Fungsional, UPT, Sekretariat, Bidang Kesehatan Masyarakat, Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Bidang Pelayanan Kesehatan, dan Bidang Sumber Daya Kesehatan.
2. Seksi Surveilans dan Imunisasi termasuk pada Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
3. Pencacatan dan pengumpulan data Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur didapatkan dari pelaporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaporan Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur kepada kepada Subdit. Surveilans Epidemiologi.
4. Identifikasi masalah pada Surveilans AFP Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur antara lain *Rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*), spesimen adekuat, dan kunjungan ulang 60 hari yang belum memenuhi target kinerja.
5. *Rate* penemuan kasus AFP bukan polio (*non polio AFP rate*) yang belum memenuhi target kinerja surveilans AFP merupakan prioritas masalah.
6. Akar penyebab masalah menggunakan diagram *fishbone* ditinjau dari aspek *man, market, money, method, dan material*.
7. Alternatif solusi yang dapat diberikan meliputi peningkatan sosialisasi dan pelatihan secara rutin kepada petugas kesehatan baru (dokter, perawat, bidan) tentang kasus AFP, peningkatan sosialisasi dan pelatihan kepada petugas surveilans (Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Rumah Sakit) tentang Surveilans Aktif Rumah Sakit, peningkatan sosialisasi kepada masyarakat tentang kasusu AFP, dana pengolahan laporan dapat berjalan secara optimal, pengisian formulir FP1 secara *online* oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota, dan pelibatan secara aktif komisi ahli AFP Provinsi agar mengontrol dan mengingatkan para klinisi Kab/Kota untuk segera melapor kasus AFP di wilayah kerjanya.

5.2 Saran

1. Meningkatkan sosialisasi dan pelatihan mengenai surveilans AFP secara rutin kepada petugas kesehatan baru (dokter, perawat, dan bidan) yang terkait dalam penemuan kasus AFP di puskesmas, Rumah Sakit, dan Dinas Kesehatan Kab/Kota.
2. Meningkatkan sosialisasi tentang kasus AFP kepada masyarakat agar segera melaporkan kasus AFP pada pelayanan kesehatan.
3. Meningkatkan kualitas kunjungan SARS (Surveilans Aktif Rumah Sakit) oleh petugas surveilans Kab/Kota dan *contact person* Rumah Sakit.
4. Dana pengolahan laporan dapat dilaksanakan secara optimal sebagai sistem *rewarding* pada Kabupaten/Kota yang melaporkan secara lengkap dan tepat.
5. Pengisian Formulir FP1 oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dibuat dalam sistem online.
6. Melibatkan secara aktif komisi ahli AFP Provinsi agar mengontrol dan mengingatkan para klinisi Kab/Kota untuk melaporkan kasus AFP yang ada di wilayah kerjanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Chin, James. 2006. *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*. Jakarta: Infomedika
- Cono, J., Alexander, L. N. 2002. *Poliomyelitis, Vaccine Preventable Disease Surveillance Manual*, 3rd edition, chapter 10. Atlanta: CDC Publication
- Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2018. *Buku Panduan Magang Tahun 2018*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Surabaya
- Judarwanto, Widodo. 2005. *Manifestasi Klinis dan Penyebaran Polio*. Jakarta
- Kemkes, RI. 2007. *Pedoman Surveilans Acute Flaccid Paralysis (AFP)*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemkes, RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemkes, RI. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Laporan Tahunan Surveilans AFP di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- Pergub, Jatim. 2016. *Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Surabaya: Peraturan Gubernur Jawa Timur
- Setyanegara. 2014. *Ilmu Bedah Saraf*. Edisi V. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Supriyanto, S., 2010. *Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan*. Surabaya: Airlangga Press
- Surya, Thomas Lukky. 2007. *Gambaran Epidemiologi Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit Polio di Kabupaten Bogor Tahun 2005*. Universitas Indonesia
- Teutsch, S. M., Elliot, C. 2000. *Principles and Practice of Public Health Surveillance Second Edition*. Madison Aveneu. New York: Oxford University Press
- Yuwono, Djoko. 2002. *Menuju Bebas Polio di Indonesia*. Jakarta: Pusat Penelitian Penyakit Menular Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Lampiran 1. Penentuan Prioritas Masalah dengan Metode *CARL*

Nama Responden :

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

No.	Masalah	C <i>(Capability)</i> Ketersediaan sumber daya	A <i>(Accesibility)</i> Kemudahan diatasi	R <i>(Readiness)</i> Kesiapan tenaga pelaksana	L <i>(Leverage)</i> Pengaruh menjadi daya ungkit	TOTAL
1.	Rate penemuan kasus AFP bukan polio (<i>non polio AFP rate</i>) belum memenuhi target, yaitu sebesar 1,71/100.000 penduduk usia <15 tahun					
2.	Persentase spesimen adekuat belum memenuhi target, yaitu sebesar 56,3%					
3.	Persentase kunjungan ulang (KU) 60 hari belum memenuhi target, yaitu sebesar 59,1%					

Lampiran 2. Surat Izin Magang di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



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 30 Oktober 2018
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan izin magang

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

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

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

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

g.n. Dekan
Wakil Dekan I,

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

Tembusan :

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



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

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

No.	Nama Mahasiswa	NIM	Peminatan	Pembimbing
1.	Tofan Pramesi Wibowo	101511133138	Biostatistika	Dr. Windhu Purnomo, dr., M.S.
2.	Aditya Fika Maulana	101511133171		
3.	Annisa Dwindha Shafira	101511133188		
4.	Faishal Azhar Wardhana	101511133211		Dr. Lutfi Agus Salim, SKM., M.Si.
5.	Ilham Dwi Prakoso	101511133045		
6.	Saarah Puspita Dewi	101511133051		
7.	Desy Yuanita Nugroho	101511133096		
8.	Melisa Ambarwati	101511133081		
9.	Rafni Ghazi Iriyanto Putra	101511133023		
10.	Rochma Ashifa Affayani	101511133074		
11.	Dwi Rismayanti Wighradita	101511133003	Epidemiologi	Dr. Atik Choirul H., dr., M.Kes
12.	Wahyu Dyah Sukmawati	101511133129		
13.	Umi Maisyarah	101511133180		
14.	Dewi Putri Dayani	101511133105		
15.	Mayam Tami	101511133111		
16.	Lailatul Fitriya	101511133141		Kurnia Dwi Artanti, dr., M.Sc
17.	Dewi Lestari	101511133037		
18.	Risna Nur Fajariyah	101511133056		
19.	Dessy Arumsari	101511133061		Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes
20.	Dwi Ratnasari	101511133057		
21.	Farida Syamsi	101511133142		
22.	Nurvita Ruwandasari	101511133123		
23.	Iftitah Shofiyati	101511133160		
24.	Yuyun Tri Wulansari	101511133108		
25.	Dewi Mariatus Sholihah	101511133114		

Lampiran 3. Foto Kegiatan Magang



Penyampaian materi tentang SKDR dan KLB di Provinsi Jawa Timur oleh Pengelola SKDR.



Penyampaian materi tentang kebencanaan di Provinsi Jawa Timur oleh Pengelola Penanggulangan Krisis Kesehatan.



Penyampaian materi tentang SKD-KLB dan AFP di Provinsi Jawa Timur oleh Koordinator Surveilans.



Pelaksanaan upacara pada tanggal 17 Januari 2019 di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.



Berkunjung ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) Provinsi Jawa Timur dengan arahan Pengelola Penanggulangan Krisis Kesehatan dan pihak Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD).



Pemberian materi tentang manajemen data dan pengenalan Bidang Operasional Pra Bencana oleh pihak Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD).



Dinas Luar Kota ke Kabupaten Tulungagung dalam rangka pelaksanaan penyelidikan epidemiologi kasus DBD bersama Koordinator Surveilans selaku perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan pihak BBTCLPP.



Kegiatan tersebut terdiri dari mengunjungi Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung, RSUD Dr. Iskak, Puskesmas Campurdarat, Desa Tanggung, dan melakukan pengamatan survei jentik di rumah dan pekarangan/tegal radius 200 meter dari rumah kasus terakhir.



Penentuan prioritas masalah menggunakan metode CARL dengan pemegang program surveilans AFP.

Penentuan prioritas masalah menggunakan metode CARL juga dilakukan dengan Koordinator Surveilans, Pengelola SKDR, Pengelola Surveilans PIE, dan Pengelola SKDR.



Pelaksanaan apel pagi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.



Pelaksanaan kegiatan senam pagi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.



Seminar hasil laporan magang dengan Dosen Pembimbing dari FKM, dan masing-masing Dosen Pembimbing dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

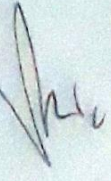
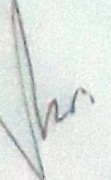
Lampiran 4. Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

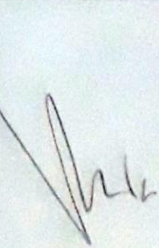
Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang

Nama Mahasiswa : Wahyu Dyah Sukmawati

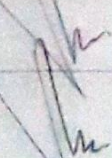
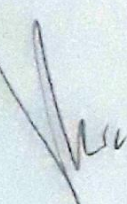
NIM : 101511133129

Tempat Magang : Dinas Kesehatan Provinsi
(Seksi 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 Penganggulangnya 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 Syaiku. 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. 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
	<p>g. Indikator SKDR</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Kelengkapan : 90% Dikatakan lengkap apabila semua Puskesmas melaporkan. ➢ Ketepatan : 80% Dikatakan tepat apabila sudah terisi hari Selasa pukul 12.00 ➢ Respon <i>Alert</i> : 80% <p>2. Penyampaian beberapa materi oleh Bapak Suradi Materi tersebut yaitu tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Surveilans dan imunisasi dibawah P2P yang terdiri dari surveilans PD31 (analisa trend, analisa ORI, campak, rubella, difteri, AFP), Imunisasi dan Haji. b. Komponen vaksin difteri paling rendah dalam pembentukan antibodi. c. Tahun 2017 KLB campak 40 kali dan tahun 2018 KLB campak 1 kali. d. Penemuan polio yaitu 2/100.000 anak usia < 15 tahun per tahun. e. AFP merupakan kumpulan gejala kelumpuhan yang menyerupai polio. 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. 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. 	
Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam pagi 2. Pelaksanaan <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. 3. Penyampaian beberapa materi oleh Bapak Hugeng <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pentingnya surveilans. Pada umumnya semua bidang membutuhkan kegiatan surveilans. Contoh yang terjadi yaitu kegiatan posyandu merupakan pemantauan tumbuh kembang anak, padahal kegiatan tersebut sudah termasuk kegiatan surveilans. ➢ Contoh kegiatan surveilans di bidang yang lain. Apabila seorang BIN: <ul style="list-style-type: none"> - mencari orang yang jahat Apabila surveilans: <ul style="list-style-type: none"> - yaitu mencari orang yang sakit, mencari sumber penyebab dan memotong rantai penularan. 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
Minggu ke-2		
Hari ke-1	1. Apel pagi 2. Input Data Kasus Difteri di Jawa Timur Tahun 2018	
Hari ke-2	1. Apel pagi 2. Input Data Kasus Difteri di Jawa Timur Tahun 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. Circle 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	

Tanggal	Kegiatan	Paralel pembimbing instansi
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Upacara 17 Januari 2. <i>Cleaning data</i> Laporan CBMS 2018 dan koreksi data sesuai dengan informasi yang didapatkan 	
Hari ke-5	<ol style="list-style-type: none"> 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. Diskusi permasalahan yang ada di surveilans AFP degan Ibu Anik 5. Menyelesaikan tugas analisis mengenai status imunisasi dan booster pada usia 8 bulan hingga 18 tahun 	
Hari ke-2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mengerjakan tugas tambahan mengenai status imunisasi dan booster serta menghitung <i>Risk Ratio</i> (RR) mengenai data penderita difteri di Jawa Timur tahun 2018 	
Hari ke-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Analisis variabel usia terhadap kejadian difteri (melanjutkan tugas hari sebelumnya) dan melengkapi data yang kurang sesuai dengan toksigenitas dan pemberian ADS pada penderita difteri 	
Hari ke-4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinas Luar Kota ke Kabupaten Tulungagung (Berangkat pukul 04.30 WIB) 2. Tiba di Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung 08.00 WIB bersama pihak BBTCLPP 3. Kunjungan ke RSUD Dr. ISKAK bersama pihak BBTCLPP dan Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung untuk mendiskusikan kasus DBD dan pengambilan spesimen 9 penderita DBD yang diberikan kepada pihak BBTCLPP 4. Kunjungan ke Puskesmas Campurdarat sebagai Puskesmas dengan kasus DBD terbanyak se-Kab. Tulungagung bersama pihak BBTCLPP dan Dinas Kesehatan Kab. Tulungagung untuk mendiskusikan penegakan diagnosa DBD, memvalidasi data kasus DD dan DBD, serta melakukan wawancara kepada 2 penderita DBD yang di rawat inap di Puskesmas Campurdarat 5. Kunjungan ke rumah warga sebagai penderita DBD yang berada di Desa Tanggung didampingi oleh Kepala Kecamatan campurdarat, Komandan 	

Tanggal	Kegiatan	Paraf pembimbing Instansi
	Resort Militer Campurdarat dan Wakil Kepala Polisi Sektor Campurdarat, dengan tujuan untuk diskusi mengenai kasus DBD di desa Tanggung, melakukan advokasi/sosialisasi terkait penyakit DBD, survei jentik di rumah dan pekarangan/tegal dengan radius 200 meter 6. Pelaksanaan evaluasi dan diskusi hasil penyelidikan epidemiologi kasus DBD di kantor Desa Tanggung bersama BBTKLPP, Puskesmas Campurdarat, TNI/POLRI, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung	
Hari ke-5	1. Merekap data yang didapatkan dari dinas luar (Kabupaten Tulungagung) 2. Membuat hasil laporan penyelidikan epidemiologi kasus DBD berdasarkan data yang didapatkan dari dinas luar (Kabupaten Tulungagung)	
Minggu ke-5		
Hari ke-1	1. Apel pagi 2. Membuat grafik mengenai kasus DBD berdasarkan penyelidikan epidemiologi kasus DBD di Kab. Tulungagung 3. Menyelesaikan laporan penyelidikan epidemiologi kasus DBD berdasarkan kunjungan di Kab. Tulungagung 4. Mengerjakan laporan magang 5. Diskusi bersama dengan Pak Gito mengenai surveilans dan imunisasi	
Hari ke-2	1. Apel pagi 2. Mendapatkan materi tambahan mengenai campak, difteri, polio, serta penjelasan mengenai surveilans secara umum	
Hari ke-3	1. Apel pagi 2. Diskusi mengenai pencatatan dan pelaporan surveilans AFP dengan Ibu Anik 3. Pemilihan prioritas masalah di program surveilans dengan menggunakan metode CARL bersama dengan Ibu Anik, Pak Suradi, Pak Hugeng, dan Pak Saiku 4. Menyusun laporan magang	
Hari ke-4	1. Apel pagi 2. Menyusun laporan magang	
Hari ke-5	1. Peringatan Hari Gizi Nasional 2019 2. Menyusun dan menyelesaikan laporan magang 3. Perpisahan dan penutupan	