



Penilaian Pasca Validasi Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal

Dengan peninjauan bersama nasional/internasional
Program Imunisasi dan Surveilans Penyakit
yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Indonesia, 10–18 Februari 2020



World Health
Organization

Penilaian Pasca Validasi Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal

Dengan peninjauan bersama
nasional/internasional Program Imunisasi dan
Surveilans Penyakit yang Dapat Dicegah dengan
Imunisasi (PD3I)

Indonesia, 10–18 Februari 2020

Penilaian Pasca Validasi Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal– Dengan peninjauan bersama nasional/internasional Program Imunisasi dan Surveilans Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

SEA-IMMUN-120

© World Health Organization 2020

Beberapa hak dilindungi undang-undang. Karya ini tersedia di bawah lisensi Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO license (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Di bawah persyaratan lisensi ini, Anda dapat menyalin, mendistribusikan kembali, dan menyesuaikan karya untuk tujuan non-komersial, dengan syarat karya tersebut dikutip dengan tepat, seperti yang ditunjukkan di bawah ini. Dalam penggunaan apa pun dari karya ini, tidak boleh ada indikasi bahwa WHO mendukung organisasi, produk, atau layanan tertentu. Penggunaan logo WHO tidak diizinkan. Jika Anda mengadaptasi karya ini, Anda harus melisensikan karya Anda di bawah lisensi Creative Commons yang sama atau setara. Jika Anda membuat terjemahan dari karya ini, Anda harus menambahkan penafian berikut bersama dengan kutipan yang disarankan: "Terjemahan ini tidak dibuat oleh World Health Organization (WHO). WHO tidak bertanggung jawab atas isi atau keakuratan terjemahan ini. Edisi asli yang berbahasa Inggris adalah edisi yang mengikat dan otentik".

Setiap mediasi yang berkaitan dengan sengketa yang timbul di bawah lisensi harus dilakukan sesuai dengan aturan mediasi World Intellectual Property Organization.

Kutipan yang disarankan. Maternal and Neonatal Tetanus Elimination Post-Validation Assessment – Combined with the joint national/international Expanded Programme on Immunization and Vaccine Preventable Disease Surveillance review: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2020. Lisensi: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Data Cataloguing-in-Publication (CIP). Data CIP tersedia di <http://apps.who.int/iris>.

Penjualan, hak, dan lisensi. Untuk membeli publikasi WHO, lihat <http://apps.who.int/bookorders>. Untuk mengajukan permintaan penggunaan komersial dan pertanyaan tentang hak dan lisensi, lihat <http://www.who.int/about/licensing>.

Materi pihak ketiga. Jika Anda ingin menggunakan kembali materi dari karya ini yang terkait dengan pihak ketiga, seperti tabel atau gambar, Anda bertanggung jawab untuk menentukan apakah izin diperlukan untuk penggunaan ulang tersebut dan untuk mendapatkan izin dari pemegang hak cipta. Risiko timbulnya klaim yang diakibatkan oleh pelanggaran komponen mana pun di dalam karya yang merupakan milik pihak ketiga menjadi tanggung jawab pengguna.

Penafian umum. Penunjukan yang digunakan dan penyajian materi dalam publikasi ini tidak menyiratkan pernyataan pendapat apapun dari pihak WHO mengenai status hukum suatu negara, wilayah, kota atau daerah atau otoritasnya, atau mengenai perbatasan atau batasnya. Garis titik-titik dan putus-putus pada peta mewakili perkiraan garis perbatasan yang mungkin belum disepakati. Penyebutan nama perusahaan tertentu atau produk produsen tertentu tidak menyiratkan bahwa mereka didukung atau direkomendasikan oleh WHO daripada yang lain dengan sifat serupa yang tidak disebutkan. Di luar kesalahan dan penghapusan, nama produk milik perorangan dibedakan dengan huruf kapital awal.

Semua tindakan pencegahan yang wajar telah diambil oleh WHO untuk memverifikasi informasi yang terkandung dalam publikasi ini. Namun, materi yang dipublikasikan didistribusikan tanpa jaminan apa pun, baik tersurat maupun tersirat. Tanggung jawab interpretasi dan penggunaan materi terletak pada pembaca. Dalam hal apa pun WHO tidak bertanggung jawab atas kerugian yang timbul dari penggunaannya.

Kredit foto sampul: WHO Indonesia/Fina Tams

Daftar isi

Daftar tabel	iv
Daftar gambar	v
Singkatan.....	vi
Ringkasan eksekutif	viii
1. Latar belakang	1
MNTE di Indonesia	2
Penilaian pascavalidasi MNTE.....	11
2. Metode.....	12
Perencanaan	13
Implementasi	13
Analisis dan pelaporan.....	14
Pemilihan kabupaten/kota.....	14
Penilaian lapangan	17
3. Temuan	18
Insiden NT dan surveilans NT	18
Cakupan ANC dan peluang untuk vaksinasi tetanus.....	19
BIAS dan pemberian TTCV.....	21
SBA, persalinan bersih, dan praktik penanganan tali pusat.....	22
Pengaruh sistem kesehatan terhadap keberlangsungan MNTE.....	22
Sumber daya manusia	22
Analisis data dan penggunaannya dalam mengambil tindakan	23
Pemberian layanan	23
Penciptaan permintaan dan keterlibatan masyarakat.....	23
4. Kesimpulan	24
5. Rekomendasi.....	25
6. Pembelajaran.....	28
Implikasi pembiayaan untuk integrasi.....	30

Daftar tabel

Tabel 1.	Jadwal TTCV Indonesia	3
Tabel 2.	Indikator inti dan pengganti MNTE.....	11
Tabel 3.	Rangkuman temuan utama survei cepat kenyamanan masyarakat.....	19
Tabel 4.	Cakupan Td2+ dan SBA yang tersedia di tingkat nasional dan kabupaten/kota untuk kabupaten/kota MNTE PVA.....	20
Tabel 5.	Daftar Peserta: Penilaian Pascavalidasi MNTE.....	30

Daftar gambar

Gambar 1.	Tren cakupan DPT3 di Indonesia 2012–2018	4
Gambar 2.	Tren cakupan dosis penguat/ulangan TTCV di Indonesia 2012–2018	5
Gambar 3.	Cakupan >4 kunjungan ANC di Indonesia	6
Gambar 4.	Cakupan Td2+ di Indonesia 2012–2018	7
Gambar 5.	% persalinan dengan penolong persalinan terlatih di Indonesia	8
Gambar 6.	Jumlah kasus tetanus neonatorum yang dilaporkan di Indonesia 1980–2018 ...	9
Gambar 7.	Peta pengelompokan wilayah untuk validasi MNTE di Indonesia	9
Gambar 8.	Algoritma WHO untuk menentukan status risiko tetanus neonatorum kabupaten/kota	16

Singkatan

ANC	perawatan antenatal
ANC1	satu kunjungan perawatan antenatal
BIAS	Bulan Imunisasi Anak Sekolah
CDC Atlanta	Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit AS, Atlanta
cMYP	rencana komprehensif multitalahun
DHS	survei demografi dan kesehatan
DQr	kajian kualitas data
DT	difteri-tetanus (vaksin)
DPT	difteri- pertusis-tetanus (vaksin)
DPT1	dosis pertama DPT
DPT3	dosis ketiga DPT
EPI	Program Pengembangan Imunisasi
HepB	vaksin hepatitis B
HMIS	Sistem Informasi Kesehatan
JRF	Formulir pelaporan bersama
LQA-CS	<i>lot quality assurance-cluster survey</i>
MCH	kesehatan ibu dan anak (KIA)
MNT	tetanus maternal dan neonatal (TMN)
MNTE	eliminasi TMN
MoH	Kementerian Kesehatan
MR	vaksin campak/rubela
NIP	program imunisasi nasional (PIN)
NT	tetanus neonatorum (TN)
PAB	perlindungan saat lahir
Penta	vaksin pentavalen (DPT-HepB-Haemophilus Influenzae tipe B)
Penta 1	Dosis pertama vaksin penta
PIE	Evaluasi pascaintroduksi vaksin
PIRI	penguatan berkala imunisasi rutin
PNC	perawatan masa nifas
PVA	penilaian pasca validasi

RMNCAH	program kesehatan reproduksi, ibu, bayi baru lahir, anak-anak, dan remaja
SAGE	Kelompok Penasihat Strategis Ahli
SBA	persalinan dengan penolong persalinan terlatih
SEARO	Kantor Regional WHO untuk kawasan Asia Tenggara
SIA	kegiatan imunisasi tambahan
Td	tetanus/difteri (toksoid)
TT	tetanus toksoid
TT2+	dua atau lebih dosis TT
TTCV	vaksin mengandung tetanus toksoid
VPDS	Surveilans Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi
WHO	World Health Organization
WRA	wanita usia subur (WUS)
WUENIC	estimasi cakupan imunisasi nasional WHO-UNICEF
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund

Ringkasan Eksekutif

Latar Belakang

Tetanus adalah penyakit menular akut yang disebabkan oleh strain bakteri *Clostridium tetani* (*C. tetani*) yang beracun dan memiliki tingkat fatalitas kasus yang tinggi, bahkan ketika perawatan intensif tersedia. Persentase tingkat fatalitas tersebut kemungkinan mendekati 100% jika tidak ada intervensi medis. Hal ini menjadikan tetanus salah satu masalah kesehatan publik di banyak tempat di seluruh dunia. Meskipun tetanus dapat diderita oleh segala rentang usia, terdapat banyak kasus yang terkait dengan kelahiran. Hal ini dapat terjadi sebagai akibat dari persalinan dan praktik aborsi yang tidak higienis kepada para ibu yang tidak divaksin secara memadai dan bayi yang baru saja dilahirkannya. Selain itu, buruknya kondisi kebersihan masa nifas dan praktik penanganan tali pusat juga memperbesar kemungkinan terkena tetanus.

Demi mengurangi beban kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh tetanus, Sidang Majelis Kesehatan Dunia ke-42 pada tahun 1992 menyerukan penghapusan tetanus neonatorum di 57 negara (setelah kemerdekaannya, Timor Timur (kemudian Timor-Leste) dan Sudan Selatan dimasukkan ke dalam daftar ini sehingga totalnya menjadi 59 negara). Hal ini ditujukan terutama untuk mengurangi kasus tetanus maternal dan neonatal (TMN) hingga penyakit ini tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama. Eliminasi TMN (MNTE) didefinisikan sebagai kurang dari satu kasus tetanus neonatorum (NT) per 1000 kelahiran hidup di setiap kabupaten/kota per tahun.

Pada tahun 2016, Indonesia merupakan negara terakhir di Kawasan Asia Tenggara Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang divalidasi untuk MNTE melalui proses yang direkomendasikan oleh WHO. Hal ini dilakukan secara bertahap dengan mengelompokkan beberapa provinsi ke dalam beberapa wilayah: Regional 1 (Jawa dan Bali) dan Regional 2 (Sumatera) pada tahun 2010, Regional 3 (Kalimantan, Sulawesi, NTT, dan NTB) pada tahun 2011, dan Regional 4 (Papua dan Maluku) pada tahun 2016. Berdasarkan rekomendasi WHO, negara-negara yang telah divalidasi untuk MNTE harus melakukan peninjauan indikator-indikator inti dan pengganti MNTE setiap tahun untuk mengevaluasi status eliminasi dan menerapkan langkah-langkah perbaikan pada lokasi-lokasi yang rentan.

Indonesia belum melakukan peninjauan tahunan yang direkomendasikan sejak resmi divalidasi untuk MNTE. Untuk meninjau status MNTE, program imunisasi nasional (NIP) Indonesia, dengan pedoman teknis dari para mitra, memutuskan untuk menggabungkan pengujian pascavalidasi (PVA) MNTE dengan peninjauan Program Imunisasi (EPI) dan Surveilans Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) pada Februari 2020.

Metode

Kegiatan MNTE PVA digabungkan dengan tinjauan EPI dan VPDS untuk menghemat biaya, meningkatkan pemahaman mengenai tingkat dan sifat keterkaitan antara masalah terkait MNTE dengan sistem EPI dan VPDS yang lebih luas di tingkat nasional, serta mempelajari praktik-praktik yang berhasil dalam penggabungan kegiatan tersebut.

Peninjauan EPI/VPDS dan MNTE PVA, yang dikoordinasikan oleh NIP dan para mitra teknis, dilakukan melalui *desk review* data dan kunjungan lapangan, yang juga termasuk survei cepat kenyamanan masyarakat di empat kabupaten/kota berisiko TN tinggi.

Persiapan peninjauan gabungan dimulai tiga bulan sebelum pelaksanaan, dengan telekonferensi rutin bersama pemangku kepentingan WHO dan UNICEF, termasuk dua konsultan WHO. Hal ini dilakukan untuk mendiskusikan aspek-aspek penting dari tinjauan gabungan tersebut, seperti pemilihan kabupaten/kota, pengelolaan logistik dan sumber daya lainnya, serta modifikasi alat pengumpulan data.

Sebanyak tiga puluh kabupaten/kota (termasuk empat daerah dengan risiko TN tertinggi untuk PVA) di 15 dari 34 provinsi di Indonesia dipilih untuk peninjauan EPI berdasarkan beberapa kriteria. Kriteria dimaksud termasuk cakupan dosis ketiga vaksin difteri, pertusis, dan tetanus (DPT3), tingkat putus imunisasi antara dosis pertama vaksin DPT (DPT1) dengan DPT3, lokasi urban/pedesaan, ukuran populasi, dan tingkat kerentanan terhadap penularan difteri, polio, atau campak. Provinsi Papua tidak diikutsertakan ke dalam peninjauan ini karena alasan keamanan. Empat kabupaten/kota dengan risiko TN tertinggi untuk fokus PVA dipilih dari 30 kabupaten/kota berdasarkan algoritma WHO untuk analisis risiko TN.

Kegiatan MNTE PVA secara mendalam diselenggarakan di kabupaten/kota berisiko tinggi oleh dua tim MNTE. Aktivitas serupa diselenggarakan oleh tim yang bukan khusus MNTE di tiga kabupaten/kota dengan risiko TN rendah yang ditentukan secara acak. Selain bidang-bidang program imunisasi, tinjauan EPI dan VPDS juga mencakup perawatan antenatal (ANC), persalinan bersih/persalinan dengan penolong persalinan terlatih (SBA), penyediaan layanan penanganan tali pusat yang tepat, serta kinerja surveilans TN.

Survei cepat kenyamanan masyarakat diimplementasikan di tujuh kabupaten/kota di mana *in-depth* MNTE PVA diselenggarakan. Survei ini ditujukan untuk komunitas yang berada >5 kilometer dari puskesmas. Sepuluh ibu di setiap komunitas yang telah melahirkan bayi selama dua tahun terakhir diwawancarai untuk menilai tingkat perlindungan terhadap tetanus, kehadiran ANC, lokasi persalinan dan tingkat keterampilan petugas kesehatan penolong persalinan, serta penggunaan substansi berbahaya pada tali pusat bayi yang baru dilahirkan baik di pusat pelayanan kesehatan maupun di rumah

Temuan

Berdasarkan temuan-temuan *desk review*, tidak satu pun dari 30 kabupaten/kota yang memiliki tingkat TN $\geq 1/1000$ kelahiran hidup (LB). Meskipun demikian, terdapat bukti kesenjangan dalam surveilans TN sehingga terdapat kemungkinan adanya kasus yang tidak dilaporkan.

Dari *desk review* diketahui bahwa layanan ANC terdapat di semua kabupaten/kota yang dikunjungi dengan cakupan satu kunjungan (ANC1) yang berkisar antara 60%-81%. Survei cepat kenyamanan masyarakat bahkan menunjukkan tingkat jangkauan yang lebih tinggi: ANC1 >90% di antara total 171 ibu yang diwawancarai. Namun, cakupan dua dosis atau lebih dari tetanus/difteri toksoid (Td2+) di antara ibu hamil, baik yang diperoleh melalui *desk review* maupun survei cepat kenyamanan masyarakat, tercatat kurang dari 80% kendati jangkauan ANC tinggi. Hal ini kemungkinan disebabkan antara lain oleh tidak divaksinasinya ibu hamil saat kunjungan ANC dan ketidakpatuhan tenaga kesehatan terhadap kebijakan dan pedoman yang ada.

Menurut *desk review*, keterbatasan keterampilan tenaga kesehatan dalam menghitung dosis Td yang diterima oleh ibu hamil dengan benar (termasuk semua vaksin mengandung tetanus toksoid/TTCV terdahulu: vaksinasi dasar saat bayi, dosis penguat/ulangan, dan kegiatan imunisasi tambahan/SIA) adalah salah satu faktor rendahnya angka cakupan Td2+.

Desk review dan survei cepat kenyamanan masyarakat menunjukkan tingginya cakupan persalinan dengan SBA (>90%). Survei cepat kenyamanan masyarakat

menunjukkan praktik penanganan tali pusat yang tepat di antara para ibu yang diwawancarai. Hanya terdapat 15% dan 17% responden di dua kabupaten/kota yang melaporkan penggunaan substansi tertentu pada tali pusat bayi mereka.

Kesimpulan

Temuan-temuan dari *desk review* mengindikasikan tingginya cakupan indikator-indikator inti dan pengganti MNTE (kecuali Td2+). Sementara kunjungan lapangan, termasuk di dalamnya adalah survei cepat kenyamanan masyarakat, juga menunjukkan cakupan yang tinggi untuk indikator-indikator yang sama tersebut. Berdasarkan temuan-temuan ini, tim MNTE PVA menyimpulkan bahwa Indonesia telah mempertahankan MNTE. Sebagai catatan, beberapa populasi masih rentan dan membutuhkan perlindungan dengan Td. Namun demikian, mengingat bahwa Provinsi Papua tidak diikutsertakan dalam peninjauan ini karena alasan keamanan, kesimpulan ini tidak berlaku untuk daerah-daerah di Provinsi Papua.

Rekomendasi

- (1) Mengembangkan, menerapkan, dan memantau rencana untuk mempertahankan MNTE.
- (2) Melaksanakan penilaian risiko TN untuk menilai status keberlangsungan MNTE di Provinsi Papua dan mengambil langkah perbaikan.
- (3) Mengatasi kesenjangan dalam vaksinasi untuk wanita hamil dan pendokumentasikan dosis TTCV yang diberikan sebelumnya.
- (4) Menyediakan informasi kepada masyarakat mengenai penanganan tali pusat yang baik dan benar dan risiko penggunaan bahan-bahan tradisional pada tali pusat bayi yang baru lahir. Hal ini dilakukan pada saat kunjungan ANC.
- (5) Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan di semua tingkatan pada bidang-bidang program yang di dalamnya terdapat kesenjangan.
- (6) Mengembangkan, menerapkan, dan memantau rencana-rencana mikro di semua fasilitas kesehatan, termasuk strategi dan pos anggaran untuk penyediaan layanan imunisasi di komunitas-komunitas di daerah terpencil dan populasi yang sulit dijangkau lainnya.
- (7) Mengimplementasikan rekomendasi-rekomendasi laporan DQR terbaru¹ mengenai peningkatan kelengkapan, ketersediaan, dan kualitas data, termasuk data mengenai indikator-indikator inti dan pengganti MNTE.
- (8) Memetakan lokasi-lokasi surveilans di kabupaten/kota untuk pencarian aktif, investigasi, dan pelaporan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, termasuk TN.
- (9) Mengimplementasikan kebijakan-kebijakan sumber daya manusia yang memungkinkan peningkatan tingkat retensi dan motivasi staf, terutama di daerah terpencil.
- (10) Memperkuat berbagai platform yang sudah ada untuk pemberian TTCV sepanjang perjalanan hidup² (vaksinasi bayi, dosis ulangan selama tahun

¹ Data quality review of immunization monitoring and vaccine preventable disease surveillance system, September 2019

² tetanus vaccine WHO position paper February 2017 https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1

- kedua kehidupan, program kesehatan sekolah, ANC, penguatan berkala imunisasi rutin/PIRI).
- (11) Mempertimbangkan pengenalan sistem pemantauan perlindungan saat lahir (PAB) pada kunjungan DPT1.
 - (12) Meningkatkan cakupan, kualitas, dan diseminasi informasi terkait semua layanan MNTE yang diberikan melalui EPI, RMNCAH (kesehatan reproduksi, ibu, bayi baru lahir, anak-anak, dan remaja) dan program kesehatan sekolah–Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)—dengan cara meningkatkan kolaborasi antar program.

1. Latar belakang

Tetanus masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang penting di banyak negara, terutama di daerah pedesaan yang miskin dan terpencil serta di lingkungan pinggiran kota yang miskin yang tidak memiliki cukup akses ke layanan kesehatan. Tetanus adalah penyakit menular akut yang disebabkan oleh bakteri patogen *Clostridium tetani* (*C. tetani*). Spora bakteri ini terdapat di mana-mana.³ Spora masuk ke tubuh melalui luka kulit atau luka jaringan, termasuk luka tusukan, yang terkontaminasi.⁴ Penyakit ini dapat terjadi pada semua usia dan angka fatalitas kasusnya tinggi bahkan pada saat perawatan intensif tersedia. Dengan tidak adanya intervensi medis, tingkat fatalitas kasus mendekati 100%.⁵

Banyak kasus tetanus terkait dengan kelahiran dan dapat terjadi pada ibu yang tidak divaksinasi secara memadai dan bayi mereka yang baru lahir, setelah menjalani persalinan dan aborsi yang tidak higienis, serta kebersihan masa nifas dan praktik penanganan tali pusat yang buruk.⁶ Tetanus neonatorum (TN) dapat terjadi ketika instrumen yang tidak steril digunakan untuk memotong tali pusat atau ketika bahan yang terkontaminasi digunakan untuk menutupi sisa tali pusat yang masih menempel di perut bayi (*umbilical stump*). Persalinan yang dilakukan oleh orang dengan tangan yang tidak bersih atau pada permukaan yang terkontaminasi juga merupakan faktor risiko tetanus bagi ibu dan bayi baru lahir.⁷

Pada tahun 1989, Sidang Majelis Kesehatan Dunia ke-42 menyerukan penghapusan tetanus neonatorum di 57 negara prioritas pada tahun 1995. Daftar negara prioritas kemudian diperbarui menjadi 59 dengan kemerdekaan Timor Timur (sekarang Timor-Leste) dan Sudan Selatan, masing-masing pada tahun 2002 dan 2011. Pada tahun 1990, *World Summit for Children* menjadikan eliminasi tetanus neonatorum sebagai salah satu tujuannya. Pada tahun 1991, Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (MNTE) didukung oleh Majelis Kesehatan Dunia ke-42, tetapi karena lambatnya pelaksanaan strategi yang direkomendasikan untuk eliminasi TN, target untuk pencapaian eliminasi semua negara ditunda hingga tahun 2000.

Pada tahun 1999, kemajuan pencapaian tujuan eliminasi global dikaji oleh United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), dan United Nations Population Fund (UNFPA) dan inisiatif tersebut disusun kembali. Eliminasi tetanus maternal ditambahkan ke dalam tujuan eliminasi dengan target tahun 2005, yang kemudian digeser ke tahun 2015. Namun, hingga batas akhir yang baru ini, masih terdapat 21 negara yang belum berhasil mencapai eliminasi.⁸ Semenjak itu, berbagai kemajuan telah dicapai dan pada Desember 2019, hanya 12 negara yang belum mencapai eliminasi tetanus maternal dan neonatal (MNTE).⁹

³ WHO Tetanus Vaccine: Position paper February 2017. Weekly Epidemiological Record, 10 Feb. 2017, Vol 92, 6 (pp. 53-76) http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/tetanus/en/

⁴ WHO Tetanus Vaccine: Position paper February 2017. Weekly Epidemiological Record, 10 Feb. 2017, Vol 92, 6 (pp. 53-76) http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/tetanus/en/

⁵ WHO Tetanus Vaccine: Position paper February 2017. Weekly Epidemiological Record, 10 Feb. 2017, Vol 92, 6 (pp. 53-76) http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/tetanus/en/

⁶ WHO Tetanus Vaccine: Position paper February 2017. Weekly Epidemiological Record, 10 Feb. 2017, Vol 92, 6 (pp. 53-76) http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/tetanus/en/

⁷ https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/passive/tetanus/en/

⁸ https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

⁹ https://www.who.int/immunization/diseases/MNTE_initiative/en/

Inisiatif MNTE bertujuan untuk mengurangi kasus TMN ke tingkat minimal sehingga penyakit tersebut tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama. MNTE didefinisikan sebagai kurang dari satu kasus TN per 1000 kelahiran hidup ($<1/1000$ LB) di setiap kabupaten/kota setiap tahun. Untuk mencapai dan mempertahankan MNTE, akses yang tinggi ke layanan persalinan bersih, termasuk praktik penanganan tali pusat yang tepat bersama dengan tingginya cakupan vaksin yang mengandung tetanus toksoid (TTCV)¹⁰ pada kelompok ibu hamil dan pada wanita usia subur (WUS) di daerah berisiko tinggi, serta surveilans TN yang diperkuat, adalah strategi utama untuk mencapai tujuan ini.¹¹ Cakupan TTCV secara rutin dipantau dengan metode TT2+ atau Td2+,¹² yaitu jumlah dosis vaksin tetanus dan difteri (Td) (Td2, Td3, Td4 dan Td5) yang dilaporkan,¹³ yang diberikan kepada ibu hamil selama satu tahun, dibagi dengan perkiraan jumlah LB selama tahun tersebut. Sedangkan cakupan Perlindungan Saat Lahir (PAB) adalah proporsi kelahiran pada tahun tertentu yang dapat dianggap terlindungi dari tetanus sebagai hasil dari imunisasi ibu.¹⁴

Secara tradisional, PAB telah dinilai dan dicatat pada kontak vaksinasi pertama untuk bayi/bayi yang baru lahir, biasanya pada kunjungan untuk dosis pertama difteri-tetanus-pertusis (DPT1) atau vaksin pentavalen (DPT-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipe B/Hib). Namun sebenarnya, pemeriksaan PAB memungkinkan untuk dilakukan pada saat kunjungan perawatan pascakelahiran (saat ini disarankan pada jam ke-24, hari ke-3, dan antara 7–14 hari dan enam minggu setelah persalinan).¹⁵ Penilaian atas perlindungan menggunakan metode pemantauan PAB membantu negara-negara mengatasi kerendahan angka estimasi (*underestimation*) tingkat perlindungan yang dihasilkan oleh metode TT+ (Td2+). Cakupan PAB dihitung sebagai berikut:

- **Pembilang**: Jumlah total bayi yang terlindungi dari tetanus neonatorum berdasarkan status TTCV ibu mereka.
- **Penyebut**: Jumlah total kelahiran hidup.¹⁶

Surveilans yang efektif sangat penting untuk mengidentifikasi daerah atau populasi yang berisiko tinggi TMN (lihat Gambar 6 tentang "Algoritma WHO untuk menentukan status risiko tetanus neonatorum di kabupaten/kota") dan untuk memantau dampak intervensi. Namun, hal ini dapat menjadi tantangan besar di daerah terpencil dan sulit dijangkau yang memiliki infrastruktur kesehatan dan akses ke layanan kesehatan yang terbatas.

MNTE di Indonesia

Sebelum adanya langkah-langkah untuk eliminasi TN, Indonesia adalah salah satu negara di Asia dengan beban TN tertinggi. Survei kematian TN berbasis masyarakat yang dilakukan pada awal 1980-an di Jakarta dan daerah pedesaan mengungkapkan mortalitas berkisar

¹⁰ Vaksin mengandung tetanus toxoid (TTCV) termasuk: difteri-tetanus-pertusis (DTP) (dan berbagai formulasi lainnya) yang diberikan selama masa bayi dan sebagai dosis penguat/ulangan untuk anak usia 12-23 bulan; difteri-tetanus (DT) (dan berbagai formulasinya) yang diberikan sebagai penguat/ulangan untuk anak usia 4–7 tahun, dan tetanus-difteri (Td) sebagai penguat/ulangan untuk anak dan remaja usia 9–15 tahun

¹¹ https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

¹² Sejak tahun 1998, WHO telah merekomendasikan agar semua negara mengganti tetanus toksoid (TT) dengan vaksin kombinasi tetanus-difteri (Td), untuk mempertahankan perlindungan terhadap difteri akibat imunitas yang menurun setelah imunisasi dasar

¹³ Td2, Td3, Td4, dan Td5 mewakili jumlah dosis Td yang diberikan kepada ibu hamil secara berturut-turut

¹⁴ https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

¹⁵ https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

¹⁶ https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

antara 6–23 kematian akibat TN per 1000 LH. Berdasarkan penelitian ini dan penelitian lainnya, jumlah kematian per tahun akibat TN di Indonesia diperkirakan sebesar 71.000 selama awal 1980-an.¹⁷ Upaya sistematis yang dilakukan Indonesia untuk menghapus TN diawali dengan pemberian imunisasi TT kepada ibu hamil melalui Program Pengembangan Imunisasi (EPI), yang diperkenalkan pada tahun 1977.¹⁸

Strategi eliminasi MNT di Indonesia terutama difokuskan pada pemberian TTCV untuk melindungi semua orang dari tetanus sepanjang hidup: dari masa bayi hingga masa kanak-kanak dan remaja hingga masa dewasa awal. Target strategi:¹⁹

- Bayi dengan tiga dosis DPT/pentavalen (DPT-HepB-Hib) dengan jarak yang memadai selama tahun pertama kehidupan dan dosis ulangan pertama pada usia 18 bulan menggunakan platform EPI rutin, diikuti dengan dosis penguat/ulangan DT untuk siswa kelas 1 SD, dan dosis ulangan Td untuk siswa kelas 2 dan 3 (lihat Tabel 1).
- Perempuan yang akan menikah atau baru saja menikah dengan dosis Td "calon pengantin".
- Ibu hamil dengan dosis Td melalui EPI rutin atau layanan perawatan antenatal (ANC), dan
- WUS (usia 15–39 tahun) dengan tiga putaran kegiatan imunisasi tambahan (SIA) Td di daerah yang cakupan imunisasi Td dan persalinan bersihnya rendah.

Tabel 1. Jadwal TTCV Indonesia

Jadwal TTCV di Indonesia		
TTCV	Usia pada saat diberikan	Diberikan melalui
DPT-HepB-Hib (Pentavalen) ²⁰	2, 3, 4 & 18 bulan (tahun kedua kehidupan)	EPI rutin
DT	Siswa kelas 1 SD	Layanan Imunisasi Sekolah
Td	Siswa kelas 2 dan kelas 5 SD)*	Layanan Imunisasi Sekolah
Td	Ibu hamil	Kunjungan ANC, EPI rutin
Td	15–39 tahun ²¹ (wanita usia subur)	SIA

* pada tahun 2018, jadwal untuk kelas 3 dipindahkan ke kelas 5

¹⁷ Arnold RB, Soewarso TI, Karyadi A. *Mortality from neonatal tetanus in Indonesia: results of two surveys*. Bull WHO 1986; 64:259–262

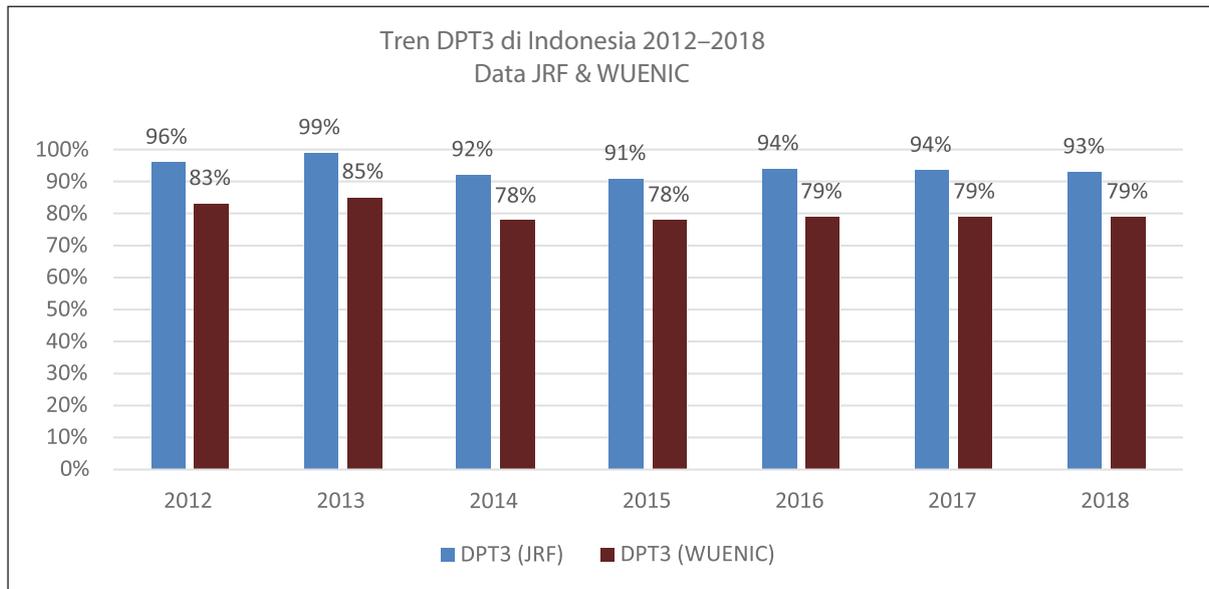
¹⁸ Factsheet Indonesia Expanded Programme on Immunization 2019 https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/indonesia-epi-factsheet-2019.pdf?sfvrsn=9ca1cf18_2

¹⁹ Maternal and Neonatal Tetanus Elimination in Java and Bali, Indonesia 2010

²⁰ Vaksin pentavalen terdiri dari Difteri, Tetanus, Pertusis (DTP), Hepatitis B, dan Haemophilus influenzae tipe B (Hib).

²¹ Immunization Joint Reporting Form (JRF) 2012–2018 updated as of Dec 2019. Wanita usia subur di Indonesia berusia antara 15–39 tahun, tetapi di banyak negara, wanita usia subur adalah yang berusia antara 15–49 tahun

Gambar 1. Tren cakupan DPT3 di Indonesia 2012–2018



Sumber: Pemutakhiran JRF dan WUENIC per Des 2019

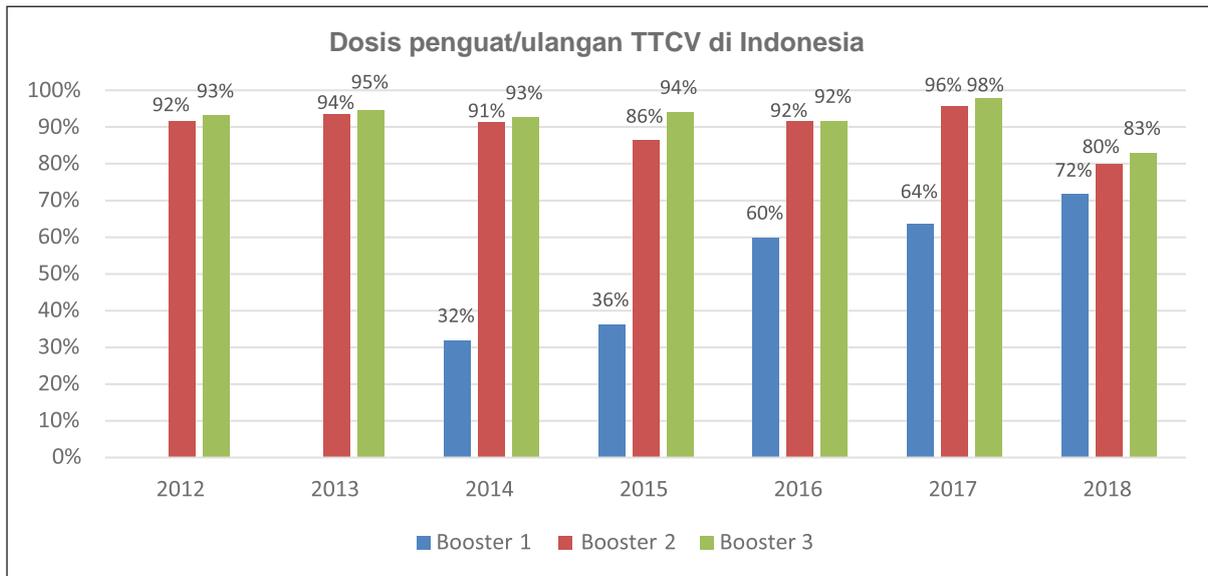
Menurut data administratif dari formulir pelaporan bersama (JRF) WHO/UNICEF, cakupan DPT dosis ketiga (DPT3) di Indonesia telah mencapai $\geq 90\%$ selama periode 2012–2018. Namun, Estimasi Cakupan Imunisasi Nasional WHO-UNICEF (WUENIC) memperkirakan cakupan DPT3 $< 90\%$ selama periode yang sama²² (lihat Gambar 1). Untuk mengatasi berkurangnya kekebalan yang terkait dengan TTCV untuk bayi, negara memberikan dosis ulangan pada tahun kedua kehidupan (pada usia 18 bulan) dan untuk siswa sekolah dasar kelas 1, 2, dan 3 melalui program imunisasi sekolah²³ (lihat Tabel 1).

Berdasarkan data JRF, cakupan dosis penguat/ulangan pertama TTCV (penta) yang diberikan pada usia 18 bulan, yang diperkenalkan pada tahun 2014, terus meningkat dari 32% pada tahun 2014 menjadi 72% pada tahun 2018.²⁴

²² Immunization Joint Reporting Form (JRF) 2012–2018 updated as of Dec 2019.

²³ Maternal and neonatal tetanus validation assessment in Region 4, Indonesia, May 2016

²⁴ Immunization Joint Reporting Form (JRF) 2012–2018 updated as of Dec. 2019

Gambar 2. Tren cakupan dosis penguat/ulangan TTCV di Indonesia 2012–2018

Sumber: Pemutakhiran JRF per Des 2019

Pemberian imunisasi melalui program imunisasi sekolah (Bulan Imunisasi Anak Sekolah/BIAS) sudah mapan di Indonesia dan data mengenai cakupan dapat diperoleh melalui JRF setidaknya untuk periode hingga 5–10 tahun ke belakang. Cakupan administratif dosis penguat/ulangan TTCV ke-2 (DT), yang diberikan pada usia 6–7 tahun kepada siswa sekolah dasar kelas 1 telah mencapai >90% selama periode tahun 2012 hingga 2017, kecuali pada tahun 2015 ketika turun menjadi 86%. Namun, pada tahun 2018 cakupannya semakin turun menjadi 80%.

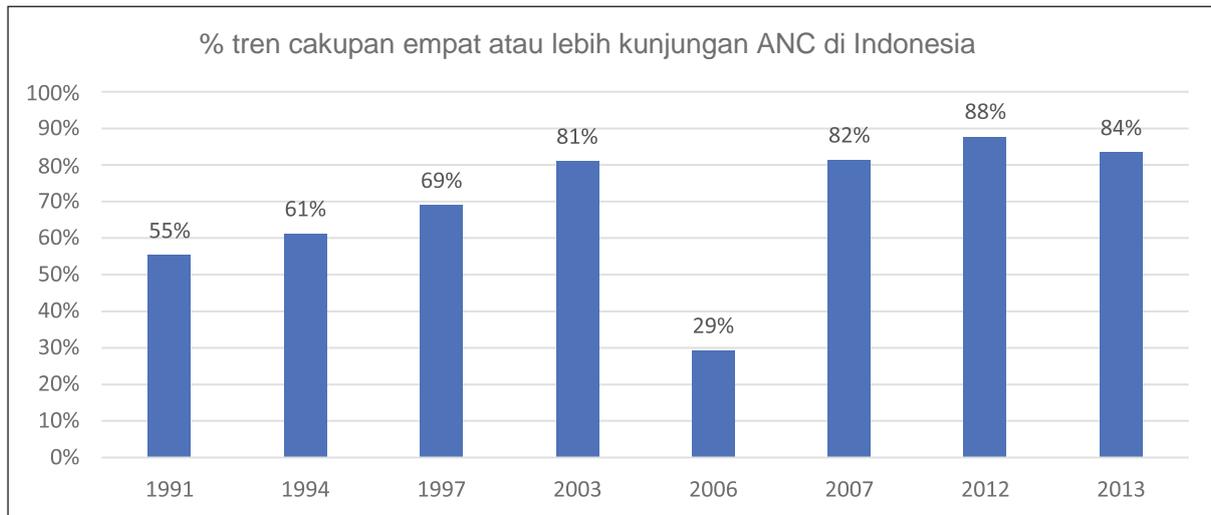
Cakupan untuk dosis ulangan TTCV ke-3 (Td) yang diberikan kepada siswa kelas 2 dan 3, yang masing-masing berusia antara 7–8 tahun dan antara 9–10 tahun, melalui BIAS terus berada di >90% antara tahun 2012 dan 2017, tetapi turun menjadi 83% pada tahun 2018. Perlu dicatat bahwa semua dosis ulangan TTCV yang diberikan di Indonesia diberikan kepada laki-laki maupun perempuan untuk membantu mengatasi disparitas gender dalam pemberian TTCV seperti yang dialami di negara lain.²⁵ Pemberian dosis Td kepada ibu hamil merupakan salah satu layanan yang disediakan dalam kunjungan ANC di Indonesia. Berdasarkan laporan Survei Demografi dan Kesehatan (DHS) Indonesia tahun 2017, hampir semua (98%) perempuan berusia 15–49 tahun yang melahirkan hidup dalam kurun waktu lima tahun sebelum survei dilakukan setidaknya melakukan satu kali kunjungan ANC, yang disediakan oleh petugas terlatih, untuk kelahiran terakhir mereka.

Pangkalan data global WHO untuk indikator ibu dan bayi baru lahir²⁶ menunjukkan bahwa cakupan minimal empat kunjungan ANC di Indonesia adalah masing-masing sebesar 88% dan 84% pada tahun 2012 dan 2013 (lihat Gambar 3). Data periode tahun 2014 hingga 2018 melalui sumber yang sama untuk indikator yang sama tidak tersedia.

²⁵ Immunization Joint Reporting Form (JRF) 2012–2018 updated as of Dec 2019.

²⁶ <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/indicator-explorer-new/mca/antenatal-care-coverage>

Gambar 3. Cakupan >4 kunjungan ANC di Indonesia²⁵



Terlepas dari tingginya cakupan ANC yang dilaporkan melalui berbagai sumber data, persentase perempuan yang menerima dua atau lebih dosis Td (Td2+) yang dilaporkan melalui JRF menunjukkan tren penurunan antara tahun 2012 dan 2018: 70,6% pada tahun 2012 menjadi 52,0% pada tahun 2018 (lihat Gambar 6). Tren penurunan juga dilaporkan melalui DHS tahun 2017, bahwa antara tahun 2007 dan 2017, persentase perempuan yang menerima dua atau lebih dosis Td selama kehamilan terakhir mereka menurun dari 50% menjadi 35%.

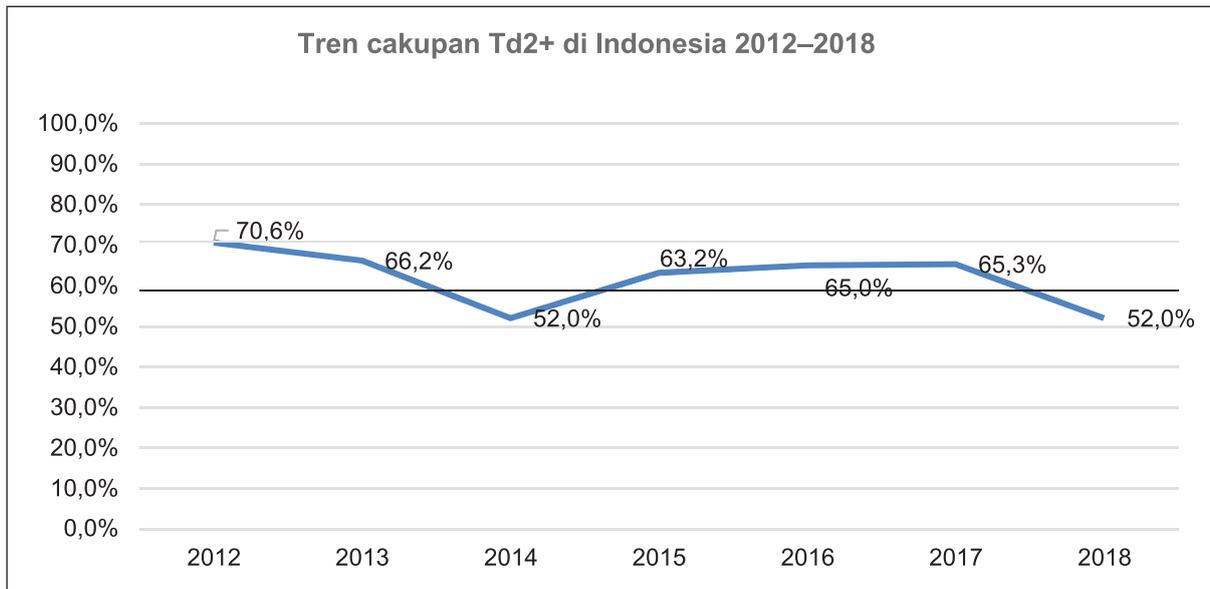
Namun, DHS tahun 2017 menunjukkan bahwa persentase dari kelahiran hidup yang terlindungi dari NT tetap stabil antara tahun 2012 (60%) dan 2017 (58%). Rendahnya angka cakupan Td2+ yang dilaporkan melalui JRF sebagian dapat dikaitkan dengan penghitungan yang kurang optimal oleh tenaga kesehatan selama kunjungan ANC atas dosis TTCV yang diterima oleh ibu hamil, yang tidak memperhitungkan dosis yang diterima selama kehamilan sebelumnya, kampanye imunisasi Td massal, dan dosis ulangan TTCV yang diberikan melalui program imunisasi sekolah yang terbukti cukup tinggi di Indonesia.²⁷

Faktor yang sama dapat dikaitkan dengan rendahnya cakupan Td2+ yang dilaporkan melalui DHS karena bias ingatan. Sebagai bagian dari strategi imunisasi MNTE, kabupaten/kota diidentifikasi sebagai berisiko tinggi²⁸ untuk tetanus neonatorum, terutama kabupaten/kota dengan cakupan Td dan persalinan bersih yang rendah, menerapkan Td sebanyak tiga putaran kepada WUS, yang di Indonesia adalah usia 15–39 tahun.

²⁷ Indonesia Demographic & Health Survey 2017 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR342/FR342.pdf>

²⁸ Kabupaten/kota dianggap berisiko tinggi jika memiliki: NTR $\geq 1/1000$ kelahiran hidup; Td2+ <80%; tingkat SBA <70% selama periode satu tahun

Gambar 4. Cakupan Td2+ di Indonesia 2012–2018



Sumber: Pemutakhiran JRF per Des 2019

Sejalan dengan strategi imunisasi TTCV, Indonesia telah melaksanakan program dan intervensi untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir dengan diperkenalkannya program *Safe Motherhood* untuk memperkuat layanan kesehatan ibu dan anak (KIA), yang telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1988.²⁹ Selain itu, Indonesia meluncurkan Inisiatif *Making Pregnancy Safer* pada tahun 2000, yang menekankan kehadiran penolong persalinan terlatih saat melahirkan, kunjungan perawatan neonatal melalui layanan perawatan masa nifas, dan intervensi lainnya untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

Proporsi persalinan bersih telah meningkat lebih dari dua kali lipat selama dua dekade diberlakukannya program ini.³⁰ Upaya negara untuk meningkatkan penyediaan layanan kesehatan bagi ibu hamil oleh tenaga kesehatan terlatih selama periode kehamilan, melahirkan, dan pasca melahirkan merupakan kunci kelangsungan hidup dan kesejahteraan ibu dan bayinya yang baru lahir. Di Indonesia, telah terjadi peningkatan yang stabil dalam cakupan perawatan antenatal, persalinan bersih, dan perawatan masa nifas selama beberapa dekade terakhir.³¹ Memastikan persalinan yang bersih dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih dan penanganan tali pusat yang tepat sangat penting untuk mengurangi kematian bayi baru lahir akibat infeksi, termasuk tetanus. Laporan DHS tahun 2017 menunjukkan bahwa 74% kelahiran hidup dalam periode lima tahun sebelum survei, dilahirkan di fasilitas kesehatan, dan sembilan dari 10 (91%) kelahiran hidup dilahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan terlatih. Namun, menurut informasi yang tersedia, cakupan persalinan bersih dan praktik penanganan tali pusat yang tepat masih rendah di komunitas yang sulit dijangkau, terutama komunitas yang tidak memiliki pelatihan kesehatan.

Menurut DHS tahun 2017, hanya 69,5% persalinan penduduk pedesaan yang dibantu oleh penolong persalinan terlatih, dibandingkan dengan 85,5% untuk penduduk perkotaan. Temuan DHS tentang cakupan persalinan dengan penolong persalinan terlatih sesuai

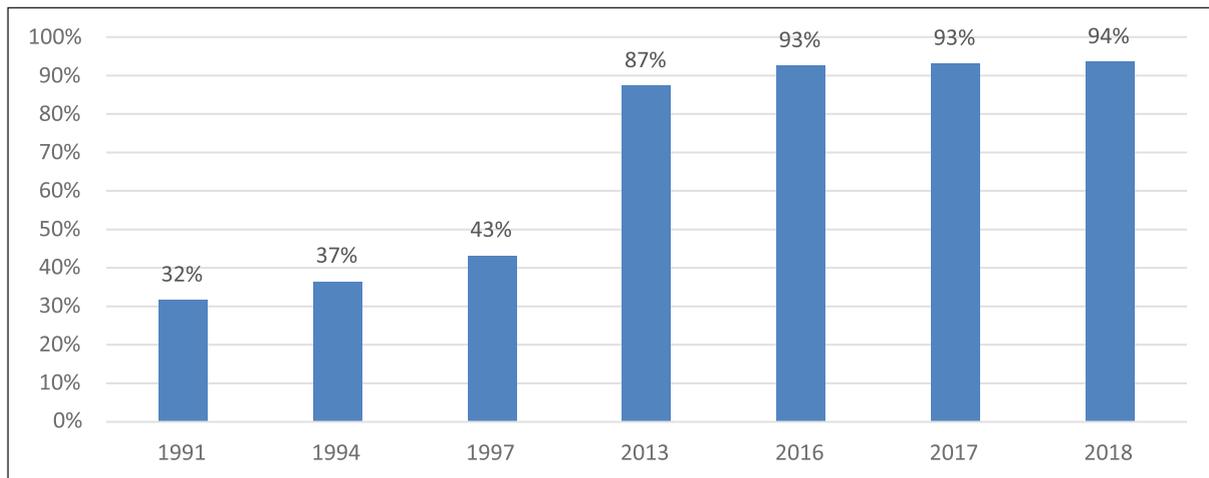
²⁹ Maternal and neonatal tetanus validation assessment in Region 4, Indonesia, May 2016

³⁰ Maternal and neonatal tetanus validation assessment in Region 4, Indonesia, May 2016

³¹ Maternal and neonatal tetanus validation assessment in Region 4, Indonesia, May 2016

dengan cakupan yang dilaporkan melalui pangkalan data global WHO, yang menunjukkan $\geq 90\%$ antara tahun 2016 dan 2018 (lihat Gambar 5).³² Mengenai perawatan masa nifas, yang memberikan peluang untuk memeriksa penanganan yang tepat atas tali pusat, survei DHS menemukan bahwa 87% perempuan yang mengalami kelahiran hidup dalam lima tahun terakhir menerima pemeriksaan pasca melahirkan oleh penyedia layanan kesehatan dalam waktu dua hari (48 jam) setelah persalinan. Ditemukan bahwa 79% bayi baru lahir menerima pemeriksaan pascakelahiran dalam waktu dua hari setelah persalinan. Namun, survei tersebut tidak memiliki informasi tentang praktik penggunaan substansi yang berpotensi membahayakan pada tali pusat.

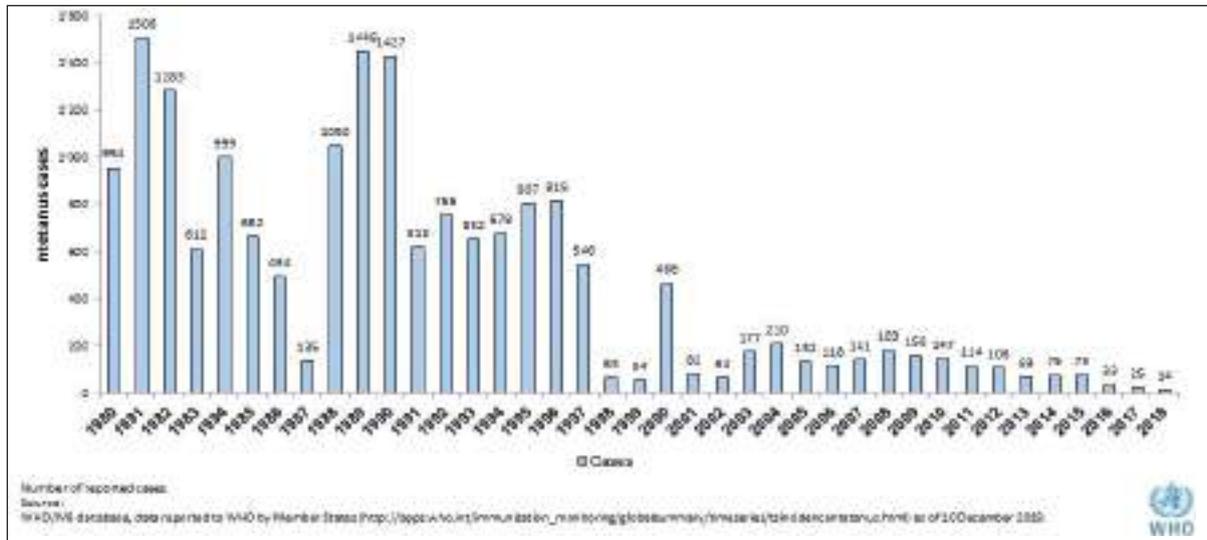
Gambar 5. % persalinan dengan penolong persalinan terlatih di Indonesia



Penerapan berbagai strategi MNTE di Indonesia secara simultan selama beberapa dekade terakhir telah menghasilkan penurunan yang signifikan dalam jumlah kasus TN yang dilaporkan setiap tahun, dari 1506 kasus pada tahun 1981 menjadi hanya 14 kasus pada tahun 2018 (penurunan 99%), menurut pangkalan data WHO/IVB untuk kasus tetanus neonatorum (lihat Gambar 6). Namun, perlu dipertimbangkan kasus TN yang tidak dilaporkan secara umum, yang mungkin telah berkontribusi pada sangat rendahnya jumlah kasus TN yang dilaporkan setiap tahun dalam beberapa tahun terakhir, terutama setelah negara divalidasi untuk MNTE.

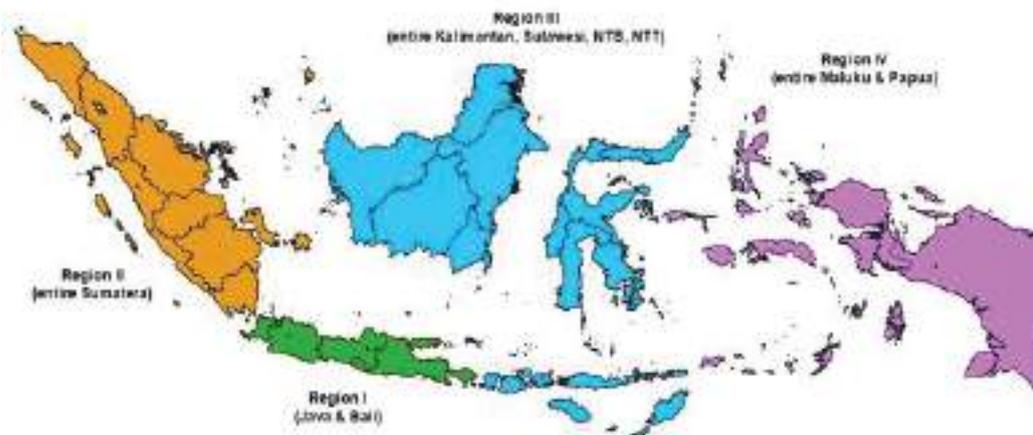
³² <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/indicator-explorer-new/mca/proportion-of-births-attended-by-skilled-health-personnel>

Gambar 6. Jumlah kasus tetanus neonatorum yang dilaporkan di Indonesia 1980-2018



Sumber: Pangkalan data WHO/IVB per Des 2019

Gambar 7. Peta pengelompokan wilayah untuk validasi MNTN di Indonesia



Pada tahun 2016, Indonesia menjadi negara terakhir di Wilayah Asia Tenggara WHO yang divalidasi untuk MNTN. Mengingat populasi Indonesia yang besar dan keragaman budaya serta tingkat pengembangan layanan kesehatan, proses validasi MNTN dilakukan dalam beberapa tahap seperti proses validasi yang dilakukan di India.³³ Pemerintah, berkonsultasi dengan para mitra teknis, juga memilih pendekatan regional mengingat biaya, baik dalam hal waktu dan dana, yang ditanggung oleh satu survei yang mencakup seluruh negara.³⁴ Negara dibagi menjadi empat regional untuk memungkinkan validasi secara bertahap: 1–Jawa dan Bali; 2–Sumatra; 3–Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara Barat,

³³ Maternal and Neonatal Tetanus Elimination in Java and Bali, Indonesia 2010

³⁴ Maternal and Neonatal Tetanus Elimination in Java and Bali, Indonesia 2010

Nusa Tenggara Timur; 4–Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara (lihat Gambar 5). Perlu dicatat bahwa regional 1, 2, dan 3 mencakup 88,7% kota atau kabupaten di Indonesia dan 97,4% dari populasi Indonesia, sedangkan regional 4 mencakup 2,6%.³⁵ Validasi MNTE dilakukan berdasarkan wilayah sebagai berikut: Regional 1 – Juli/Agustus 2010; Regional 2 – November 2010; Regional 3 – Juli 2011, dan terakhir, Regional 4 dan dengan demikian, seluruh Indonesia, pada Mei 2016. MNTE di Indonesia mencerminkan kesuksesan kesehatan masyarakat yang penting dan berkontribusi terhadap MNTE Regional Asia Tenggara pada tahun 2016.³⁶

Metode survei validasi MNTE di Indonesia diadaptasi dari protokol WHO yang menggabungkan prinsip *lot quality assurance* dan *cluster sampling* (LQA-CS).^{37,38} Survei mengevaluasi apakah tingkat kematian karena TN adalah <1/1000 kelahiran hidup selama periode 12 bulan yang berakhir setidaknya empat minggu sebelum dimulainya survei. Setiap kematian neonatal yang diidentifikasi di dalam survei diselidiki oleh seorang dokter yang menggunakan pertanyaan opsi verbal yang sudah divalidasi untuk menentukan apakah kematian tersebut karena TN.

Survei ini juga menilai riwayat TTCV ibu, cakupan persalinan yang bersih, dan penggunaan bahan-bahan tradisional pada sisa tali pusat yang masih menempel di perut bayi (*umbilical stump*) untuk subsampel bayi yang termasuk dalam survei. Subsampel untuk aspek survei LQA-CS ini biasanya merupakan subsampel dari 250 ibu yang dipilih dari tiga bayi pertama yang memenuhi syarat³⁹ di setiap kluster survei. Setiap survei validasi regional didahului oleh penilaian pravalidasi oleh WHO dan UNICEF atas permintaan Kementerian Kesehatan (Kemenkes).

Penilaian ini digunakan untuk verifikasi klaim Kemenkes bahwa setiap daerah telah mengeliminasi TMN berdasarkan analisis risiko TN yang dilakukan setelah selesainya SIA TTCV yang direncanakan. Untuk setiap penilaian pravalidasi regional, tim WHO melakukan *desk review* terhadap indikator inti dan pengganti MNTE (lihat Tabel 2) dan mengunjungi tiga hingga empat kabupaten/kota yang termasuk kabupaten/kota yang berkinerja buruk dan yang berkinerja baik, untuk menilai indikator kinerja MNTE di tingkat kabupaten/kota dan fasilitas kesehatan, serta untuk melakukan survei cepat kenyamanan masyarakat terhadap wanita usia subur untuk status TTCV2+ mereka, persalinan dengan penolong persalinan terlatih, dan praktik penanganan tali pusat.

Untuk setiap penilaian pravalidasi regional, setelah memastikan bahwa temuan dari *desk review* dan penilaian lapangan sesuai dengan kriteria untuk MNTE, tim WHO merekomendasikan survei LQA-CS, untuk memastikan bahwa wilayah tersebut telah mengeliminasi MNT. Untuk Indonesia, penilaian pravalidasi regional menunjukkan bahwa regional tersebut telah memenuhi kriteria MNTE, dan oleh karena itu, siap untuk survei LQA-CS yang direkomendasikan.

Survei validasi di setiap wilayah dilakukan di kabupaten/kota dengan kinerja terburuk yang diidentifikasi melalui analisis risiko TN yang dilakukan setelah penilaian pravalidasi. Survei *lot quality assurance-cluster sampling*, yang mengambil sampel kelompok persalinan kelahiran hidup selama kurun waktu satu tahun sebelum survei selesai di masing-masing

³⁵ Maternal and Neonatal Tetanus Elimination in Java and Bali, Indonesia 2010

³⁶ Maternal and Neonatal Tetanus Elimination in Java and Bali, Indonesia 2010

³⁷ Stroh G, Birmingham M. *Protocol for assessing neonatal tetanus mortality in the community using a combination of cluster and lot quality assurance sampling: field test version*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/V&B/02.05)

³⁸ WHO-recommended surveillance standard of neonatal tetanus. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/NT_surveillance/en/index.html, accessed October 2010)

³⁹ Bayi yang memenuhi syarat untuk survei LQA-CS adalah bayi yang lahir selama periode 12 bulan sebelum survei

regional, bahwa kabupaten/kota dengan kinerja terburuk di regional tersebut memiliki indikator MNTE yang memenuhi kriteria eliminasi. Setiap survei validasi membuat rekomendasi untuk meningkatkan cakupan TTCV2+, kehadiran penolong persalinan terlatih, memperbaiki praktik penanganan tali pusat, dan memperkuat surveilans TN.

Tabel 2. Indikator inti dan pengganti MNTE⁴⁰

Indikator inti	Indikator pengganti	Indikator tambahan (contoh)
Jumlah kasus TN yang dilaporkan	Cakupan ANC1	Urban versus bayi
Tingkat TN yang dilaporkan/1000 LH per kabupaten/kota	Cakupan ANC 4	Aksesibilitas geografis
Cakupan persalinan dengan penolong persalinan terlatih (SBA)	Cakupan DPT1/Penta1	Infrastruktur kesehatan kabupaten/kota
Data tingkat kabupaten/kota untuk cakupan TTCV2+ dan PAB	Cakupan DPT3/Penta 3	Indikator pembangunan manusia lainnya
Cakupan TTCV2+: untuk ibu hamil dan WUS berdasarkan TTCV SIA dan tahun implementasi	Cakupan TTCV penguat/ulangan	Persentase, jumlah absolut, dan pengelompokan orang yang tidak atau kurang divaksinasi di pedesaan
	Cakupan MCV1	
	Estimasi cakupan berdasarkan survei (EPI-CES/MICS/DHS) untuk perbandingan dengan data yang dilaporkan (sistem informasi manajemen kesehatan/HMIS atau EPI atau data WUENIC)	% ibu hamil yang tidak pernah menghadiri ANC1, dan/atau melahirkan tanpa SBA

WHO merekomendasikan bahwa setelah suatu negara divalidasi untuk MNTE, tinjauan tahunan indikator inti dan pengganti harus dilakukan untuk mengevaluasi apakah MNTE tetap terjaga. Indikator inti meliputi: 1) insiden TN, yang sebesar <1/1000 kelahiran hidup di semua kabupaten/kota setiap tahun; 2) Cakupan persalinan dengan SBA yang sebesar >70%, dan/atau 3) Cakupan Td2+, yang sebesar ≥80% di semua kabupaten/kota. Indikator pengganti meliputi cakupan DPT3, cakupan dengan vaksin rubela campak, angka putus imunisasi DPT1/DPT3, dan informasi umum tentang kabupaten/kota dalam hal populasi pedesaan atau perkotaan.

Penilaian pascavalidasi MNTE

Sejak divalidasi untuk MNTE pada tahun 2016, Indonesia belum pernah melakukan penilaian pasca validasi MNTE formal untuk menilai apakah negara masih mempertahankan status eliminasi seperti yang direkomendasikan oleh Kelompok Penasihat Strategis Ahli (SAGE) WHO.⁴¹ Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan bersama dengan WHO dan UNICEF memutuskan untuk menggabungkan MNTE PVA dengan tinjauan EPI dan

⁴⁰ https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

⁴¹ WHO Tetanus Vaccine: Position paper February 2017. Weekly Epidemiological Record, 10 Feb. 2017, Vol 92, 6 (pp. 53-76) http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/tetanus/en/

Surveilans Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) yang sudah direncanakan.

PVA dilakukan di negara-negara yang telah divalidasi MNTN dengan tujuan untuk mengetahui apakah negara-negara tersebut mempertahankan status eliminasi mereka. Kegiatan ini membutuhkan *desk review* yang intensif terhadap materi teknis di beberapa program yang meliputi: EPI, RMNCAH, sistem kesehatan, dan surveilans penyakit di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota, dan fasilitas kesehatan. Data untuk penilaian diperoleh dari berbagai sumber yang meliputi data administratif cakupan vaksin, survei rumah tangga, dan data kualitatif (laporan, rencana, kebijakan, norma, pedoman). Penilaian juga memerlukan komponen survei cepat masyarakat untuk mengumpulkan data dari kelompok WUS mengenai penggunaan layanan yang berkaitan dengan imunisasi maternal, ANC, perawatan masa nifas, persalinan yang ditangani oleh institusi/penolong persalinan terlatih, dan perawatan bayi baru lahir, termasuk penanganan tali pusat.⁴²

Beberapa opsi untuk MNTN PVA termasuk⁴³

- Memasukkan keberlanjutan MNTN dalam *desk review* tahunan.
- Mengintegrasikan keberlanjutan MNTN ke dalam tinjauan program imunisasi nasional.
- Melakukan PVA mandiri.
- Menggunakan *sero-survey* untuk menilai keberlanjutan MNTN.

2. Metode

Kegiatan MNTN PVA di Indonesia digabungkan dengan tinjauan sistem EPI dan VPDS dengan tujuan untuk menghemat waktu serta sumber daya manusia, logistik, dan keuangan. Penggabungan ini juga bertujuan untuk meningkatkan profil TMN PVA, memungkinkan pemahaman tentang sejauh mana masalah yang dihadapi kabupaten/kota berkinerja buruk dalam kaitannya dengan MNTN adalah bersifat lintas sektor dan berhubungan dengan sistem EPI dan VPDS secara nasional. Kerangka kerja peninjauan EPI juga akan memberikan kesempatan untuk mempelajari tentang MNTN di kabupaten/kota yang seharusnya tidak berisiko tinggi, dengan validasi yang dilakukan jauh sebelumnya. Kerangka kerja ini juga memungkinkan pembelajaran dari praktik-praktik yang berhasil dalam menggabungkan kedua kegiatan tersebut.

Keseluruhan integrasi PVA ke dalam tinjauan EPI dikoordinasikan oleh konsultan MNTN yang direkrut oleh markas besar WHO yang bekerja erat dengan konsultan yang direkrut oleh Kantor Regional WHO untuk kawasan Asia Tenggara (SEARO) sebagai ketua tim untuk tinjauan EPI dan VPDS; keduanya menerima dukungan dari markas besar WHO, WHO-SEARO, WHO Indonesia, markas besar UNICEF, Kantor Regional UNICEF, Kantor Perwakilan UNICEF, dan konsultan nasional yang direkrut oleh Kantor Perwakilan UNICEF.

Kegiatan MNTN PVA sebagian besar dilakukan melalui *desk review* dokumen yang tersedia yang relevan dengan MNTN (laporan tentang cakupan imunisasi rutin, laporan

⁴² https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

⁴³ https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

tinjauan EPI terdahulu, laporan analisis risiko TN, data JRF dan WUENIC, laporan DHS) dan kunjungan lapangan untuk mewawancarai petugas EPI di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan fasilitas kesehatan. Kesemuanya ini dilengkapi dengan data yang dikumpulkan di empat kabupaten/kota yang ditentukan berisiko tinggi untuk TN, menggunakan survei cepat kenyamanan masyarakat terhadap para ibu yang melahirkan selama periode dua tahun sebelum penilaian.

Sekitar tiga bulan sebelum tanggal yang direncanakan untuk tinjauan EPI dan VPDS, SEARO secara resmi memberi tahu Kantor Pusat WHO tentang rencana Kementerian Kesehatan Indonesia untuk menggabungkan kegiatan peninjauan tersebut dengan PVA MNTE. Kantor Regional WHO menyelenggarakan serangkaian telekonferensi antara kantor pusat, kantor regional, serta kantor perwakilan WHO dan UNICEF di Indonesia, yang juga dihadiri oleh dua konsultan yang direkrut, untuk membahas dan menyepakati kelayakan untuk menggabungkan kegiatan penilaian, menyepakati aspek penting dari integrasi, termasuk pemilihan kabupaten/kota, penugasan tim, modifikasi alat pengumpulan data, dan keseluruhan koordinasi dari kegiatan penilaian gabungan. MNTE PVA dimasukkan sebagai salah satu tujuan peninjauan EPI dan VPDS untuk menilai status MNTE saat ini dan membuat rekomendasi untuk mempertahankan status eliminasi.

Beberapa modifikasi dilakukan pada perencanaan, implementasi, dan analisis data tinjauan EPI dan VPDS untuk mengakomodasi integrasi MNTE PVA. Modifikasi yang utama diuraikan di bawah ini:

Perencanaan

- (1) Dilakukan revisi atas kuesioner peninjauan EPI dan VPDS di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan fasilitas kesehatan, termasuk kuesioner *exit interview*, untuk memasukkan pertanyaan yang terkait dengan indikator inti dan pengganti MNTE, seperti:
 - Surveilans khusus TN, termasuk surveilans komunitas dan investigasi kematian neonatal
 - Fasilitas kesehatan dan SBA serta praktik penanganan tali pusat yang tepat
 - Cakupan Td2+
 - Cakupan dosis penguat/ulangan Td melalui program imunisasi sekolah
 - Kunjungan ANC.
- (2) Selain itu, diberikan kuesioner standar terpisah untuk melakukan survei cepat kenyamanan masyarakat MNTE kepada tim yang mengunjungi empat kabupaten/kota khusus MNTE (pemilihan kabupaten/kota dijelaskan di bawah ini).
- (3) Tim yang mengunjungi empat kabupaten/kota khusus MNTE diberikan orientasi mengenai metode dan alat untuk melakukan survei cepat kenyamanan masyarakat MNTE.

Implementasi

- (1) Di setiap kabupaten/kota yang difokuskan untuk MNTE, selain mewawancarai staf dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota serta fasilitas kesehatan, yang merupakan bagian dari tinjauan EPI dan VPDS, tim MNTE juga melakukan survei cepat kenyamanan masyarakat di empat desa/kelurahan di setiap daerah tersebut. Survei menyasar desa/kelurahan yang berjarak setidaknya 5-10 km dari puskesmas dan mewawancarai 10 WUS yang dipilih secara acak di setiap

desa/kelurahan, yang menjalani persalinan dalam periode dua tahun sebelum survei. Para ibu diberi pertanyaan mengenai dosis TTCV mereka selama kehamilan terakhir dan selama kehamilan sebelumnya, dan yang diterima di sekolah. Selain itu, mereka juga ditanyai mengenai tempat persalinan yang terakhir (fasilitas kesehatan atau rumah) dan praktik penanganan tali pusat yang mereka lakukan (apakah mereka mengaplikasikan substansi tertentu ke sisa tali pusat yang masih menempel di perut atau tidak).

Analisis dan pelaporan

- (2) Terpisah dari analisis data tinjauan EPI dan VPDS, tim MNTE menganalisis:
 - (a) data dan informasi yang dikumpulkan dari seluruh 15 provinsi (30 kabupaten/kota) untuk menilai pengaruh imunisasi dan hambatan sistem kesehatan pada keberlanjutan MNTE, dan
 - (b) data untuk indikator inti dan pengganti MNTE (insiden TN, cakupan Td2+, persalinan SBA, kunjungan ANC, dan praktik penanganan tali pusat), menggunakan data yang dikumpulkan melalui survei cepat kenyamanan masyarakat.
- (3) Kesimpulan tentang status keberlanjutan MNTE di Indonesia didasarkan pada gabungan temuan sistem imunisasi terkait MNTE dari kuesioner tinjauan EPI dan VPDS dan temuan melalui survei cepat kenyamanan rumah tangga masyarakat dan *exit interview*.
- (4) Tim MNTE mengadakan presentasi terpisah untuk para pemangku kepentingan mengenai hasil dari MNTE PVA.
- (5) Versi ringkas dari laporan naratif MNTE PVA yang menyoroti pelajaran yang didapat dari proses integrasi, dimasukkan ke dalam laporan tinjauan EPI dan VPDS.
- (6) Laporan naratif rinci dari MNTE PVA ini akan disebarluaskan kepada para pemangku kepentingan.

Pemilihan kabupaten/kota

Data kinerja kabupaten/kota yang tersedia untuk periode tiga tahun (2016, 2017, dan 2018) dikumpulkan untuk memilih kabupaten/kota untuk tinjauan EPI dan VPDS dan MNTE PVA. Terpilih sebanyak total 30 kabupaten/kota di 15 provinsi dari total 34 provinsi di Indonesia, mewakili empat regional⁴⁴. Empat dari 30 kabupaten/kota ini dipilih untuk penilaian MNTE yang mendalam sebagai bagian dari PVA karena keempat kabupaten/kota tersebut berisiko tinggi untuk TMN. Untuk tinjauan EPI dan VPDS, satu tim ditempatkan di tingkat nasional untuk bertemu dengan anggota komite tingkat nasional, laboratorium nasional, dan tokoh-tokoh terkait di pemerintah pusat.

Pemilihan provinsi dan kabupaten/kota dilakukan setelah pembahasan dan konsensus di antara staf Kementerian Kesehatan, Kantor Pusat WHO, WHO-SEARO, WHO Indonesia, Kantor Pusat UNICEF, Kantor Regional UNICEF, dan UNICEF Indonesia, dengan masukan teknis dari para ahli PVA.

⁴⁴ Regional 1: Jawa dan Bali; Regional 2: Sumatera; Regional 3: Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara Timur dan Barat; Regional 4: Papua, Papua Barat, Maluku, dan Maluku Utara

Kriteria pemilihan provinsi untuk tinjauan EPI dan VPDS serta MNTE PVA adalah:

- ukuran populasi, dengan preferensi pada jumlah populasi yang lebih besar;
- cakupan administratif (DPT3 2018 JRF) <80%;
- tingkat *drop-out* (*DO rate*) DPT1 - DPT3 (2018 JRF) >5%;
- terjadinya kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I), khususnya difteri dan campak;
- koneksi transportasi/lokasi geografis ke daerah yang terkena wabah polio tahun 2019-2020 di Filipina dan Malaysia; dan
- representasi dari keempat wilayah Indonesia.

Seluruh 30 kabupaten/kota yang akan dikunjungi untuk tinjauan EPI dan VPDS dipilih dengan cara berikut:

- Kabupaten/kota yang tidak dapat diakses oleh peninjau asing karena masalah keamanan tidak diikutsertakan, kecuali Aceh (tim yang mengunjungi Aceh dipimpin oleh staf asing yang berbasis di Indonesia).
- Kabupaten/kota yang secara geografis terlalu terpencil untuk dikunjungi tim (menganalisis kebutuhan untuk mengunjungi dua kabupaten/kota per tim) tidak dimasukkan.
- Kabupaten/kota yang tersisa, dikelompokkan menjadi “berkinerja baik” (DPT3 $\geq 80\%$) dan “berkinerja kurang baik” (DPT3 <80%).
- Dalam setiap kelompok, dilakukan identifikasi daerah pedesaan dan perkotaan.
- Kabupaten/kota diberi peringkat berdasarkan ukuran populasi.
- Untuk setiap kabupaten/kota, dicari informasi tentang penularan difteri, kasus campak yang dilaporkan, dan risiko reintroduksi polio.
- Di setiap provinsi, ditentukan satu kabupaten/kota yang berkinerja baik dan satu kabupaten/kota berkinerja kurang baik untuk dikunjungi oleh tim yang sama; kedua kabupaten/kota harus dapat diakses oleh tim lapangan dalam periode kunjungan lapangan yang ditentukan. Rumah sakit dan klinik imunisasi swasta juga dikunjungi.

Penilaian terpisah dilakukan untuk mengidentifikasi kabupaten/kota dengan risiko TMN tinggi, dengan empat di antaranya kemudian dipilih untuk PVA. Proses seleksi untuk PVA adalah sebagai berikut:

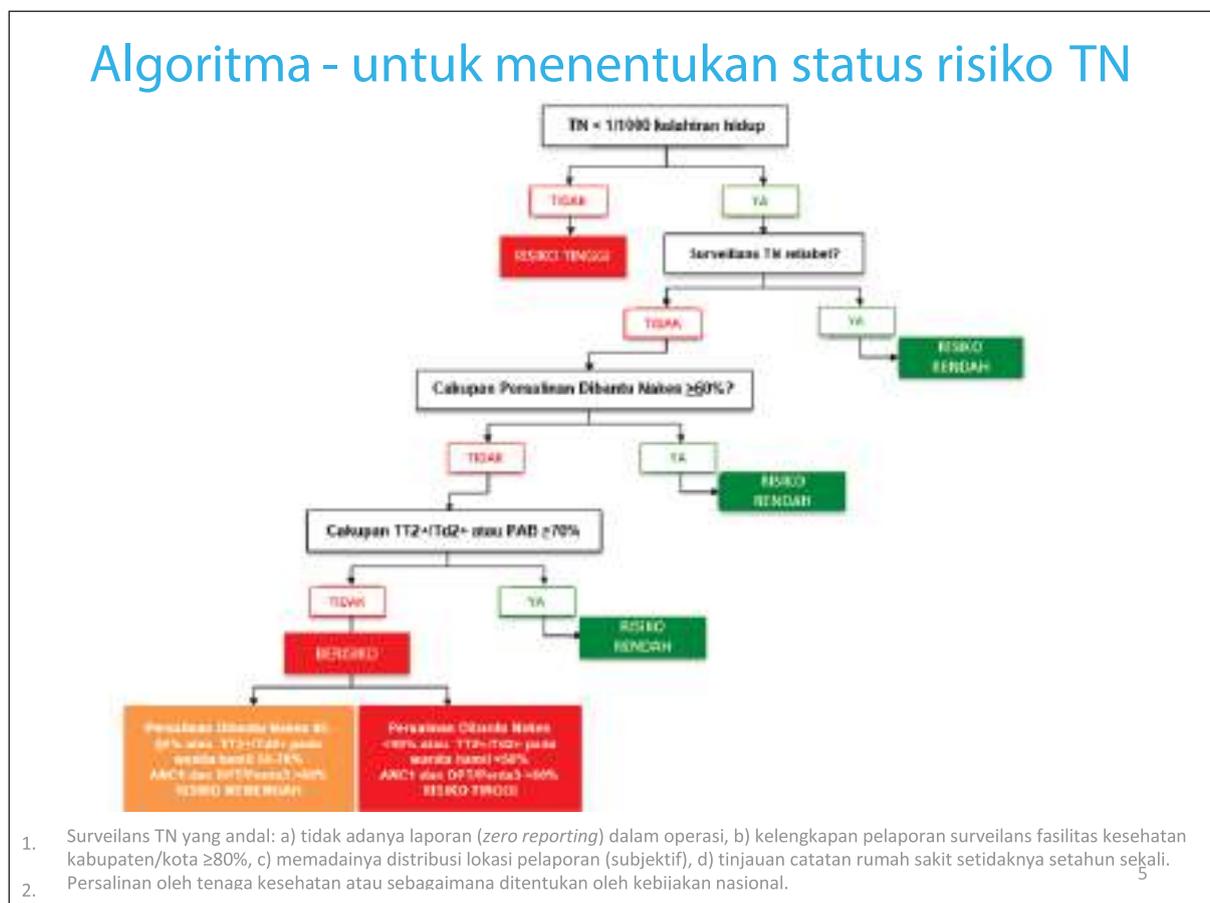
- Dari semua kabupaten/kota di Indonesia dipilih empat kabupaten/kota dengan risiko TMN tertinggi. Pemilihan kabupaten/kota dilakukan berdasarkan algoritma WHO untuk analisis risiko TN seperti yang diuraikan pada Gambar 8.
- Suatu kabupaten/kota dianggap “berisiko TMN”⁴⁵ berdasarkan algoritma yang disajikan:
 - Jika sistem surveilans dapat diandalkan dan angka TN di bawah 1/1000 kelahiran hidup, TN dianggap sudah tereliminasi di kabupaten/kota tersebut.

⁴⁵ https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1, protecting all against tetanus, guide to sustaining maternal and neonatal tetanus elimination and broadening tetanus protection for all populations

- Jika sistem surveilans tidak dapat diandalkan, suatu kabupaten/kota dianggap berisiko rendah jika tingkat persalinan SBA di atas 60% atau jika cakupan untuk dua atau lebih dosis vaksin tetanus toksoid (Td2+) di atas 70%.
- Jumlah populasi berusia di bawah satu tahun di kabupaten/kota juga dipertimbangkan, dan kabupaten/kota dengan jumlah penduduk berusia di bawah satu tahun <4000 dikeluarkan dari pemilihan.

Jika penilaian menyimpulkan bahwa MNTE dipertahankan di keempat kabupaten/kota ini, kami asumsikan bahwa kemungkinan besar hal tersebut juga terjadi di kabupaten/kota lainnya. Kesimpulan tim penilai tidak berlaku untuk kabupaten/kota di provinsi Papua, yang dikeluarkan dari PVA karena faktor keamanan.

Gambar 8. Algoritma WHO untuk menentukan status risiko tetanus neonatorum kabupaten/kota⁴³



Dari analisis risiko TN yang dilakukan, tidak ada satu pun kabupaten/kota di Indonesia yang memiliki insiden TN di atas 1/1000 kelahiran hidup. Namun, kami memperhitungkan keandalan surveilans TN kabupaten/kota⁴⁶ dalam menginterpretasikan tingkat TN ini, maka kami melakukan analisis lebih lanjut dengan menggunakan indikator inti TN lainnya (Td2+ dan SBA). Kabupaten/kota dengan "risiko tertinggi" untuk TMN di Indonesia diidentifikasi berdasarkan rata-rata tingkat persalinan SBA yang kurang dari 60% selama 3 tahun terakhir (2016, 2017, dan 2018).

⁴⁶ Surveilans NT kabupaten/kota dianggap dapat diandalkan jika *zero reporting* $\geq 80\%$

Karena Td2+ umumnya rendah di sebagian besar kabupaten/kota, (sebagian besar kabupaten/kota memiliki cakupan Td2+ di bawah 70%), kabupaten/kota dengan cakupan Td2+ terendah (di bawah 30%⁴⁷) dipilih dari kabupaten/kota dengan SBA kurang dari 60%.⁴⁸ Dari kelompok ini, dipilih kabupaten/kota dengan cakupan DPT3 di bawah 60% dan dengan jumlah populasi berusia di bawah satu tahun lebih dari 4000. Dengan cara ini, sebanyak total 14 kabupaten/kota diidentifikasi memiliki risiko TMN tertinggi di Indonesia. Kabupaten/kota tersebut berada di Riau (2), Sumatra Utara (3), Nusa Tenggara Timur (6), Kalimantan Barat (1), Kalimantan Selatan (1), dan Papua (1).⁴⁹

Tak satu pun dari 14 kabupaten/kota berisiko tertinggi ini yang sudah termasuk di antara 30 kabupaten/kota yang dipilih untuk tinjauan EPI. Empat kabupaten/kota dari daftar tinjauan EPI awal dapat ditukar dengan kabupaten/kota berisiko tertinggi TMN karena keempat kabupaten/kota ini terletak di dekat daerah-daerah dalam daftar tinjauan EPI awal dan memenuhi kriteria pemilihan kabupaten/kota untuk tinjauan EPI.

Berdasarkan kriteria dan proses seleksi di atas, akhirnya terpilih empat kabupaten/kota untuk MNTE PVA, yaitu Kupang dan Manggarai-Barat, keduanya di Provinsi Nusa Tenggara Timur, serta Humbang Hasundutan dan Tapanuli Utara, keduanya di Provinsi Sumatra Utara.

Keempat kabupaten/kota tersebut ditugaskan kepada dua tim khusus MNTE, yang masing-masing mengunjungi dua kabupaten/kota. Selain melengkapi kuesioner untuk tinjauan EPI dan VPDS, kedua tim juga melakukan MNTE PVA yang lebih mendalam melalui survei cepat kenyamanan masyarakat di empat kabupaten/kota tersebut. Survei ini juga dilaksanakan di tiga kabupaten/kota berkinerja baik sebagai perbandingan, yaitu di Siak dan Dumai di provinsi Riau dan di Kabupaten Halmahera Tengah di Provinsi Maluku. Setelah menyesuaikan daftar kabupaten/kota untuk memasukkan keempat kabupaten/kota PVA, daftar final terdiri dari 13 kabupaten/kota urban dan 17 kabupaten/kota pedesaan untuk gabungan tinjauan EPI dan VPDS serta MNTE PVA.

Meskipun analisis risiko TN menunjukkan bahwa hampir semua kabupaten/kota di provinsi Papua berisiko berdasarkan tingkat SBA <60% dan Td2+ <70%, jumlah populasi berusia di bawah satu tahun mereka, kecuali di satu kabupaten/kota, relatif kecil (<4000) dan oleh karena itu, tidak dipilih. Karena ketidakamanan di Provinsi Papua, satu-satunya kabupaten/kota dengan jumlah penduduk berusia di bawah satu tahun >4000, yang juga berisiko tinggi di TN, dikeluarkan dari daftar kabupaten/kota terpilih untuk MNTE PVA.

Penilaian lapangan

Semua tim, termasuk yang ditunjuk untuk empat kabupaten/kota khusus MNTE PVA, mengunjungi 15 dinas kesehatan provinsi, 30 dinas kesehatan kabupaten/kota, dan 60 fasilitas kesehatan, termasuk rumah sakit rujukan, puskesmas berkinerja baik dan berkinerja buruk, dan beberapa posyandu yang ada di masing-masing daerah tersebut. Jarak tempuh dan akses geografis juga diperhitungkan dalam pemilihan puskesmas dan posyandu.

⁴⁷ Banyak kabupaten/kota melaporkan cakupan Td2+ yang sangat rendah selama 2016–2018, dengan cakupan terendah 0%

⁴⁸ Semua data untuk analisis risiko MNT diperoleh dari kertas kerja analisis risiko yang dibagikan oleh program di Indonesia

⁴⁹ Hampir semua kabupaten/kota di provinsi Papua berisiko berdasarkan tingkat SBA <60% dan Td2+ <70%, tetapi karena umumnya daerah-daerah tersebut memiliki jumlah populasi yang relatif kecil, hanya satu kabupaten/kota dengan jumlah populasi berusia di bawah satu tahun lebih dari 4000. Walaupun daerah ini memenuhi kriteria pemilihan untuk kedua penilaian, tetapi dikecualikan karena alasan keamanan

Semua tim (EPI, tinjauan VPDS, serta MNTE PVA) menilai kinerja atas: i) perencanaan, pemantauan, dan penggunaan data; ii) sumber daya manusia dan kapasitasnya; iii) pemberian layanan imunisasi; iv) vaksin, persediaan pasokan, dan manajemen rantai dingin; v) ANC dan persalinan bersih (SBA, praktik penanganan tali pusat); dan vi) kinerja surveilans TN. Semua tim juga menilai kinerja inisiatif pemberantasan/eliminasi/percepatan pengendalian penyakit tertentu di Indonesia, termasuk untuk polio, campak/rubela/sindrom rubela kongenital, difteri, hepatitis B, dan ensefalitis Jepang. Selain itu, tim yang ditugaskan ke empat kabupaten/kota khusus MNTE dan tim yang ditugaskan ke tiga kabupaten/kota yang tidak khusus MNTE melakukan sebanyak total 17 survei cepat kenyamanan masyarakat, sebagai bagian dari penilaian pascavalidasi MNTE di 17 desa/kelurahan (delapan di Nusa Tenggara Timur, empat di Sumatera Utara, empat di Riau, dan satu di Maluku Utara) yang letaknya lebih dari 5 km dari sembilan puskesmas (empat di Nusa Tenggara Timur, dua di Sumatera Utara, dua di Riau, dan satu di Maluku Utara) yang ada di tujuh kabupaten/kota (empat kabupaten/kota berisiko tinggi dan tiga kabupaten/kota berisiko rendah).

Sepuluh ibu, yang dipilih secara acak di setiap desa/kelurahan, yang melahirkan anak dalam dua tahun terakhir, diwawancarai untuk menilai tingkat perlindungan tetanus mereka berdasarkan kartu sehat dan/atau riwayat semua dosis TTCV selama kehamilan terakhir serta yang diberikan selama kehamilan sebelumnya, atau selama kampanye imunisasi massal atau melalui BIAS. Mereka juga diwawancarai mengenai apakah mereka pernah atau tidak pernah mengunjungi layanan perawatan antenatal (ANC), apakah mereka melahirkan di rumah atau di fasilitas kesehatan, oleh siapa, dan jika ada substansi yang berpotensi membahayakan dipakaikan pada tali pusat setelah persalinan, baik di fasilitas kesehatan maupun di rumah.

Empat puluh ibu diwawancarai di setiap kabupaten/kota berisiko tinggi di NTT. Karena keterbatasan waktu, hanya dua puluh ibu yang diwawancarai di masing-masing kabupaten/kota dari dua kabupaten/kota berisiko tinggi di Provinsi Sumatera Utara. Selain itu, sebanyak 20 ibu diwawancarai di masing-masing kabupaten/kota dari dua kabupaten/kota berisiko TN rendah di provinsi Riau dan 10 ibu di Kabupaten Halmahera Tengah di Provinsi Maluku Utara yang berisiko TN rendah.

Temuan rinci dari tinjauan EPI dan VPDS kemudian dianalisis untuk menarik kesimpulan dan menyusun rekomendasi yang tepat untuk mengatasi hambatan sistem kesehatan dan imunisasi guna meningkatkan cakupan imunisasi rutin, termasuk cakupan Td2+. Hal ini dijelaskan terpisah dalam laporan tinjauan EPI dan VPDS yang lebih komprehensif, yang berisi rangkuman singkat kegiatan MNTE PVA.

Laporan ini menjelaskan temuan dari MNTE PVA secara rinci dan rekomendasi untuk mempertahankan MNTE di Indonesia. Laporan ini memasukkan aspek-aspek tinjauan EPI dan VPDS yang berdampak pada keberlanjutan MNTE dan membuat rekomendasi untuk mengatasi hambatan dalam sistem imunisasi dan kesehatan yang lebih luas terhadap keberlanjutan MNTE di Indonesia.

3. Temuan

Insiden TN dan surveilans TN

Desk review atas data dan informasi terkait MNTE di tingkat provinsi dan kabupaten/kota menunjukkan bahwa tidak satu pun di antara 30 kabupaten/kota yang dikunjungi oleh semua tim (EPI/VPDS dan khusus MNTE) memiliki angka TN yang lebih dari satu per 1000 kelahiran hidup. Namun, tim MNTE menginterpretasikan temuan indikator inti MNTE ini dalam konteks surveilans TN, yang kami temukan umumnya pasif di sebagian besar fasilitas kesehatan yang

dikunjungi dan mungkin tidak mampu mendeteksi semua kasus TN yang mungkin terjadi.

Misalnya, tim MNTE tidak menemukan bukti dilakukannya pencarian aktif kemungkinan kasus TN di register fasilitas kesehatan dan di masyarakat. Kami juga tidak menemukan bukti bahwa kader (relawan masyarakat/desa) di desa, yang berada di posisi yang baik untuk mengidentifikasi dan melaporkan kasus TN di masyarakat, telah dilatih atau merupakan bagian dari jaringan surveilans TN. Pelaporan dan investigasi kematian neonatal belum dikembangkan dengan baik. Hanya sedikit kasus neonatal yang dilaporkan ke provinsi pada tahun 2019 (misalnya, hanya tiga kasus neonatal yang dilaporkan ke Provinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2019).

Tabel 3. Rangkuman temuan utama dari survei cepat kenyamanan masyarakat

Indikator	Kupang	Manggarai Barat	Humbang-Hasundutan	Tapanuli Utara	Siak	Dumai	Halmahera Tengah
	(n=41)	(n=40)	n=20	n=20	n=20	n=20	n=10
% Td2+*	37%	70%	90%	80%	35%	10%	80%
% kelahiran yang dilakukan di fasilitas kesehatan atau dengan BBA	49%	90%	100%	95%	100%	100%	90%
% perempuan yang meletakkan bahanbahan tradisional pada tali pusat†	17%	15%	0%	0%	0%	0%	0%
% perempuan yang menghadiri setidaknya 1 kunjungan ANC	90%	100%	98%	98%	100%	95%	ND
% perempuan yang menghadiri 4 kunjungan ANC	68%	95%	65%	65%	85%	65%	ND
% perempuan yang tidak terlindungi dari tetanusbaik denganTT maupun persalinarsBA	10%	3%	0%	5%	0%	0%	ND

*Td2+ termasuk TT yang diterima dari program BIAS/pranikah (TT Calon Pengantin atau sebelum menikah)/selama kehamilan, baik dari riwayat maupun kartu. Sebagian besar responden tidak bisa menunjukkan bukti perolehan imunisasi TT dari program BIAS

Cakupan ANC dan peluang untuk vaksinasi tetanus

Dari wawancara dengan tenaga kesehatan dan tinjauan dokumen di tingkat kabupaten/kota dan fasilitas kesehatan, tim peninjau mengamati bahwa layanan ANC tersedia luas, dengan staf yang memadai untuk menyediakan layanan tersebut. Dari register imunisasi fasilitas kesehatan di kabupaten/kota MNTE yang dikunjungi, cakupan ANC1 ditemukan berkisar

antara 60%–81%. Dari survei cepat kenyamanan masyarakat, >90% dari total 171 ibu yang diwawancarai mendapatkan setidaknya satu kunjungan ANC (ANC1) selama kehamilan terakhir mereka.

Namun, jumlah ibu yang diwawancarai yang menerima lebih dari empat kunjungan ANC selama kehamilan terakhir bervariasi, mulai dari 65% di Humbang-Hasundutan, Tapanuli Utara dan Dumai, hingga 95% di Manggarai Barat. Temuan survei cepat kenyamanan masyarakat hampir sama dengan yang dilaporkan dalam data WHO⁵⁰ tentang cakupan ANC di Indonesia yang menunjukkan bahwa 88% dan 83% ibu hamil menerima setidaknya empat kali kunjungan ANC, masing-masing pada tahun 2012 dan 2013. Namun, tidak ada data serupa melalui sumber yang sama untuk periode setelah tahun 2013.

Cakupan ANC1 melalui survei cepat kenyamanan masyarakat yang lebih dari 90% selaras dengan DHS Indonesia tahun 2017 yang melaporkan 98% cakupan untuk ANC1. Meskipun *desk review* dan survei cepat kenyamanan masyarakat melaporkan cakupan ANC yang tinggi, angka cakupan Td2+ dan PAB ibu hamil ditemukan <80%. Wawancara tenaga kesehatan di tingkat kabupaten/kota dan fasilitas kesehatan oleh tim MNTE mengungkapkan beberapa peluang yang hilang untuk vaksinasi ibu hamil saat kunjungan ANC.

Sebagai contoh, di salah satu puskesmas (Camplong, Nusa Tenggara Timur), tim penilai menemukan bahwa orientasi yang salah diberikan kepada tenaga kesehatan. Mereka diminta untuk hanya melakukan vaksinasi ibu hamil pada minggu ke-27 dan ke-36 kehamilan, yang menyebabkan hilangnya peluang saat ibu hadir di waktu lain periode kehamilan mereka. Di puskesmas lain (Benteng, Nusa Tenggara Timur), kurangnya kesadaran tentang pergantian TT/Td⁵¹, menyebabkan hilangnya peluang untuk melakukan vaksinasi dengan Td karena tenaga kesehatan tidak mengetahui bahwa Td menggantikan TT, dan oleh karena itu, harus diberikan kepada ibu hamil, perempuan, dan wanita usia subur. Tidak jelas seberapa luas masalah ini.

Tabel 4. Cakupan Td2+ dan SBA yang tersedia di tingkat nasional dan kabupaten/kota untuk kabupaten/kota yang dilakukan MNTE PVA

2018	NTT Kupang	NTT Manggarai Barat	Sumatra Utara Humbang-Hasundutan	Sumatra Utara Tapanuli Utara	Riau Dumai	Riau Siak	Maluku Halmahera Tengah
Cakupan SBA yang tersedia dalam data nasional	41%	20%	66%	67%	107%	NA	67%
Cakupan SBA yang disediakan kabupaten/kota	59%	64%	77%	67%	93%	65%	70–89%
Cakupan Td2+ yang tersedia dalam data nasional	0%	6%	0%	4%	39%	12%	61%
Cakupan Td2+ yang disediakan kabupaten/kota	8%	13%	52%	73%	45%	25%	NA

⁵⁰ <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/indicator-explorer-new/mca/antenatal-care-coverage>

⁵¹ Sesuai dengan rekomendasi WHO, Indonesia mengganti TT dengan Td pada tahun 2016

Selain informasi yang tidak benar yang menyebabkan hilangnya kesempatan untuk melakukan vaksinasi, tim MNTE juga menemukan kesenjangan pemahaman para tenaga kesehatan tentang beberapa kebijakan/pedoman imunisasi yang menyebabkan hilangnya peluang. Misalnya, tidak semua posyandu di Nusa Tenggara Timur, Sumatra Utara, dan Riau menyediakan layanan imunisasi sehingga menyebabkan hilangnya kesempatan untuk melakukan vaksinasi pada anak-anak dan ibu hamil. Di posyandu lain di daerah-daerah ini, anak-anak divaksinasi sementara kesempatan untuk vaksinasi ibu hamil/pengasuh (*caregiver*) terlewatkan karena layanan ANC mungkin tidak diberikan selama kegiatan penjangkauan.

Di beberapa puskesmas dan rumah sakit di Sumatra Utara dan Riau, layanan ANC disediakan, tetapi kesempatan untuk vaksinasi ibu hamil terlewatkan karena mereka diharapkan pergi ke posyandu untuk imunisasi. Di salah satu puskesmas (Kerinci Kanan di Riau), ibu hamil dirujuk untuk mendapatkan vaksin Td di tempat imunisasi untuk anak-anak, yaitu di gedung lain di samping gedung induk puskesmas, tanpa ada jaminan bahwa mereka benar-benar akan mengunjungi lokasi vaksinasi. Meskipun tim penilai tidak dapat memastikan seberapa banyak peluang yang terlewatkan untuk vaksinasi ibu hamil seperti yang dicontohkan di atas, berbagai contoh tersebut tampaknya sejalan dengan penurunan cakupan Td2+ yang dilaporkan di Indonesia dalam beberapa waktu terakhir.

BIAS dan pemberian TTCV

Dari *desk review* dan kunjungan lapangan, tim MNTE mengamati adanya program imunisasi sekolah yang kuat di kabupaten/kota yang dikunjungi, melalui pemberian dosis penguat/ulangan vaksin, termasuk TTCV, dan/atau kesempatan yang digunakan untuk vaksinasi anak-anak yang mungkin telah melewatkan dosis vaksin tertentu di jadwal mereka. Berdasarkan *desk review*, angka cakupan vaksinasi BIAS yang dilaporkan di tingkat nasional termasuk untuk TTCV adalah di atas 80%. Di sebagian besar kabupaten/kota yang dilakukan tinjauan EPI dan VPDS/PVA, *desk review* menunjukkan bahwa cakupan TTCV melalui program imunisasi sekolah adalah >80%, kecuali di Nagan Raya (DT 61%, MR 64%, dan Td 62% pada tahun 2019) dan Banda Aceh (DT 18%, MR 19%, dan Td 23%), keduanya terletak di Provinsi Aceh.

Cakupan dosis ulangan TTCV yang tinggi melalui program imunisasi sekolah yang diamati di sebagian besar kabupaten/kota yang dikunjungi sesuai dengan cakupan tinggi serupa yang dilaporkan melalui DHS tahun 2017. Peninjauan terhadap program BIAS direncanakan untuk tahun ini dan akan memberikan rekomendasi untuk meningkatkan cakupan imunisasi melalui program tersebut. Saat ini belum ada pendekatan sistematis untuk mengumpulkan dan mendokumentasikan dosis TTCV yang diberikan melalui program BIAS, karena di kartu KIA yang ada, tidak terdapat bagian tentang vaksinasi kesehatan sekolah. Kementerian Kesehatan baru-baru ini mulai memberikan rapor kesehatan kepada siswa, tetapi sejauh ini, cakupannya secara nasional hanya 20%. Peninjauan program BIAS yang telah direncanakan hendaknya mampu mengatasi kesenjangan yang terjadi saat ini dalam pengumpulan dan dokumentasi dosis TTCV yang diberikan melalui program.

Walaupun Indonesia memiliki angka partisipasi sekolah yang tinggi, yang memastikan bahwa sebagian besar anak usia sekolah mendapatkan manfaat dari BIAS, saat ini tidak ada strategi untuk memberikan vaksin yang sama, termasuk TTCV, kepada anak-anak putus sekolah. Meskipun jumlah absolut dari kelompok ini kecil, tetapi ada kebutuhan untuk menghormati hak anak-anak tersebut untuk dilindungi dari tetanus dan difteri serta antigen lain yang diberikan kepada anak sekolah.

SBA, persalinan bersih, dan praktik penanganan tali pusat

Temuan dari survei cepat kenyamanan masyarakat menunjukkan cakupan persalinan SBA yang sangat tinggi ($\geq 90\%$) untuk para ibu selama kehamilan terakhir mereka, kecuali di satu kabupaten/kota yang cakupannya adalah sebesar 49%. Tingginya angka cakupan persalinan SBA yang dilaporkan, sesuai dengan data WHO tentang ibu dan bayi baru lahir di Indonesia, yang menunjukkan cakupan $\geq 90\%$ antara tahun 2016 dan 2018 (lihat Gambar 4). DHS Indonesia tahun 2017 juga melaporkan cakupan SBA $\geq 90\%$.

Berdasarkan survei cepat kenyamanan masyarakat, di dua kabupaten/kota, masing-masing sebesar 15% dan 17% ibu melaporkan penggunaan substansi pada tali pusat bayi mereka. Di kabupaten/kota lainnya di luar kedua kabupaten/kota tersebut, ibu yang diwawancarai melaporkan tidak menerapkan substansi pada tali pusat bayi mereka, sesuai dengan pedoman WHO⁵² tentang praktik penanganan tali pusat.

Pengaruh sistem kesehatan terhadap keberlanjutan MNTE

Tinjauan EPI dan VPDS serta PVA menunjukkan beberapa masalah dalam sistem kesehatan yang saat ini berdampak atau dapat berdampak pada keberlanjutan MNTE di Indonesia. Namun di dalam laporan ini, kami membatasi temuan hanya pada temuan yang spesifik dan relevan dengan MNTE. Pembaca dirujuk ke laporan EPI dan VPDS untuk melihat temuan yang rinci.⁵³

Sumber daya manusia

Sumber daya manusia untuk imunisasi memberikan dukungan kepada berbagai program antigen dan inisiatif, termasuk inisiatif MNTE, dengan tujuan utama mencapai target dan sasaran cakupan untuk masing-masing antigen dan inisiatif.

Desk review menunjukkan bahwa di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota serta di tingkat fasilitas kesehatan, perawat dan bidan yang terlatih bertanggung jawab atas perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan kegiatan MNTE. Kegiatan tersebut antara lain surveilans TN, pemberian TTCV kepada ibu hamil saat kunjungan ANC dan saat sesi penjangkauan di posyandu, serta kampanye imunisasi massal yang menyoar WUS di kabupaten/kota berisiko tinggi. Para perawat dan bidan ini juga ditugaskan untuk mengoordinasi keterkaitan antara program imunisasi dengan program kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak lainnya untuk ANC, persalinan bersih, dan praktik penanganan tali pusat yang tepat.

Namun, tim MNTE mengamati selama penilaian bahwa staf imunisasi dan surveilans di kabupaten/kota dan fasilitas kesehatan yang dikunjungi memiliki keterampilan yang terbatas untuk merencanakan, melaksanakan, dan memantau inisiatif MNTE secara memadai. Ada keterbatasan dalam pemahaman tentang strategi utama inisiatif dan indikator pemantauan di antara tenaga kesehatan yang diwawancarai.

⁵² https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Final-for-translation_CWG-Country-Guidance_Jan-19-2018_EN.pdf

⁵³ Indonesia EPI & VPDS review report, 2020

Analisis data dan penggunaannya dalam mengambil tindakan

Alat pengumpulan data imunisasi rutin, termasuk catatan pribadi, telah tersedia di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota serta fasilitas kesehatan yang dikunjungi. Terdapat pula panduan yang jelas untuk menyampaikan data setiap bulannya dari tingkat yang lebih rendah ke tingkat yang lebih tinggi. Alat untuk mengumpulkan data VPD, termasuk formulir investigasi kasus, juga telah tersedia. Alat pengumpulan data tersebut memiliki komponen untuk memantau TTCV yang diberikan kepada ibu hamil.

Untuk data terkait MNTE, tenaga kesehatan yang diwawancarai di sebagian besar fasilitas kesehatan yang dikunjungi ternyata kurang memiliki keterampilan dan pengetahuan untuk menghitung dan mencatat dengan benar dosis Td yang diberikan kepada ibu hamil. Dosis yang dicatat di dalam alat pengumpulan data seharusnya memperhitungkan dosis yang diberikan selama kehamilan sebelumnya. Pemahaman tenaga kesehatan adalah bahwa ibu hamil harus menerima dua dosis TTCV pada setiap kehamilan, terlepas dari dosis yang diterima selama kehamilan sebelumnya. Tim MNTE juga mengamati bahwa dosis TTCV yang diberikan kepada WUS selama TTCV SIA tidak dimasukkan ke dalam penghitungan dosis TTCV untuk ibu hamil.

Tim mengamati bahwa penyediaan layanan imunisasi dan intervensi RMNCAH misalnya ANC, dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sama, keduanya di tingkat pemberian layanan (puskesmas dan posyandu). Hal ini membantu menyelesaikan masalah terkendalanya pertukaran data antara kedua program seperti yang diamati terjadi di negara lain. Namun, tim lapangan tidak melihat adanya komunikasi dan dialog yang jelas dan rutin, terutama di tingkat kabupaten/kota dan provinsi, antara tim KIA dan EPI dalam hal berbagi data dan perencanaan program.

Pemberian layanan

Desk review atas kebijakan, strategi, dan pedoman imunisasi nasional menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat memiliki akses ke tempat-tempat pelayanan imunisasi, meskipun ada laporan dari masyarakat di daerah terpencil yang menyatakan bahwa vaksinasi hanya dapat dilakukan melalui kegiatan penjangkauan atau imunisasi keliling. TTCV termasuk dalam layanan imunisasi yang diberikan melalui berbagai platform (tetap dan penjangkauan/keliling).

Selain pemberian imunisasi melalui fasilitas kesehatan umum, fasilitas swasta yang menerima vaksin dari EPI juga menyediakan layanan imunisasi, termasuk Td, secara gratis. Namun, fasilitas swasta mengenakan biaya atas vaksin yang diperoleh di luar jadwal vaksinasi EPI. Tim MNTE tidak menemukan bukti bahwa fasilitas swasta memungut biaya kepada ibu hamil untuk Td. Tim MNTE menemukan bahwa meskipun tersedia layanan ANC, ada beberapa kesempatan yang terlewatkan untuk melakukan vaksinasi Td kepada ibu hamil yang menghadiri klinik ANC.

Penciptaan permintaan dan keterlibatan masyarakat

Kunjungan ke dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota serta puskesmas mengungkapkan adanya mobilisasi sosial serta materi dan pedoman komunikasi, termasuk yang dikembangkan untuk introduksi vaksin baru dan untuk kampanye imunisasi massal. Materi tersebut antara lain terkait mobilisasi sosial dan kesadaran masyarakat mengenai vaksinasi ibu hamil.

Keterlibatan masyarakat dalam pemberian layanan imunisasi dibuktikan dengan adanya peran kader perempuan desa dalam mendukung perencanaan dan pelaksanaan

kegiatan penjangkauan yang meliputi vaksinasi ibu hamil yang dilaksanakan di posyandu, melalui

mobilisasi masyarakat. Di beberapa posko kesehatan yang dikunjungi, terdapat sesi penyuluhan yang mencakup informasi terkait kehamilan dan bayi baru lahir oleh petugas sosialisasi kesehatan sebelum kegiatan penjangkauan.

Namun, tim MNTE mengamati adanya keterbatasan dalam kemampuan tenaga kesehatan untuk menyampaikan pesan penting tentang imunisasi secara personal kepada pengasuh (*caregiver*), ibu hamil, dan WUS. Tenaga kesehatan di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan fasilitas kesehatan menyatakan kekhawatiran mereka mengenai ketiadaan remunerasi bagi para relawan perempuan yang memberikan layanan selama kegiatan penjangkauan tanpa pamrih dan dampak negatifnya terhadap motivasi mereka dalam jangka panjang.

4. Kesimpulan

Berdasarkan temuan-temuan *desk review* dan survei cepat kenyamanan masyarakat, tim PVA menyimpulkan bahwa indikator-indikator inti dan pengganti menunjukkan MNTE dipertahankan dengan baik di keempat kabupaten/kota yang memiliki risiko tertinggi. Ini berarti bahwa hal serupa juga terjadi di daerah-daerah lainnya di Indonesia, kecuali di Provinsi Papua. Hal ini dikarenakan tim peninjau terhalang kendala logistik dan keamanan sehingga tidak dapat mengunjungi kabupaten/kota di provinsi tersebut.

Kesimpulan di atas diambil berdasarkan temuan-temuan berikut ini:

- Jumlah insiden TN di keempat kabupaten/kota khusus TMN berisiko tinggi adalah kurang dari 1/1000 kelahiran hidup (tidak ada yang melaporkan kasus TN dalam 2-3 tahun terakhir). Hal ini didukung oleh rendahnya jumlah kasus TN tahunan yang dilaporkan untuk Indonesia melalui pangkalan data WHO. Namun, penemuan ini harus mempertimbangkan konteks sistem pengawasan TN yang tidak cukup sensitif, rendahnya sensitivitas pelaporan untuk kasus-kasus tetanus, serta ketidakpastian jumlah insiden yang sebenarnya.⁵⁴
- Cakupan SBA yang mencapai >60% di keempat kabupaten/kota berisiko tinggi didukung oleh pencapaian yang dilaporkan untuk Indonesia melalui pangkalan data WHO dan laporan DHS Indonesia tahun 2017 yang mencapai >90%.
- Meskipun cakupan Td2+ di beberapa kabupaten/kota MNTE melalui survei cepat kenyamanan masyarakat terbilang rendah, secara keseluruhan kami memperkirakan setidaknya 70% dari para ibu di keempat kabupaten/kota ini terlindungi oleh TTCV yang diterima melalui *infant series* dan dosis penguat/ulangan pada masa kanak-kanak. Angka cakupan TTCV yang didapatkan pada masa kanak-kanak (*infant series* dan dosis ulangan) di Indonesia sudah tinggi sejak akhir 1990-an. Selain itu, 60% sampai 80% dari para ibu di keempat kabupaten/kota berisiko tertinggi menghadiri setidaknya satu klinik perawatan antenatal dengan kemungkinan penerimaan satu dosis ulangan Td.
- Temuan-temuan dari keempat kabupaten/kota berisiko tinggi menunjukkan bahwa praktik penanganan tali pusat yang tidak higienis (termasuk penggunaan substansi berbahaya pada tali pusat) termasuk rendah. Hanya sebagian kecil (15%–17%) dari responden melaporkan penggunaan substansi pada tali pusat bayi yang mereka lahirkan pada dua tahun terakhir.

⁵⁴ WHO Tetanus Vaccine: Position paper February 2017. Weekly Epidemiological Record, 10 Feb. 2017, Vol 92, 6 (pp. 53–76) http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/tetanus/en/

- Indonesia sudah menerapkan pendekatan *life-course* selama bertahun-tahun untuk memberikan TTCV yang bertujuan melindungi semua orang dari tetanus.

5. Rekomendasi

Jangka pendek

- (1) Karena Indonesia masih belum mengembangkan rencana keberlanjutan MNTE sejak divalidasi untuk eliminasi pada tahun 2016, NIP, bekerja sama dengan program RMNCAH dan dengan dukungan pemangku kepentingan terkait, hendaknya mengembangkan, mengimplementasikan, dan memantau rencana untuk mempertahankan MNTE. Rencana tersebut hendaknya didasarkan pada panduan global WHO yang baru-baru ini disebarluaskan mengenai *Perlindungan dari Tetanus: Panduan untuk mempertahankan eliminasi tetanus maternal dan neonatal (MNTE) dan memperluas perlindungan tetanus untuk semua populasi*. Rencana tersebut juga hendaknya mempertimbangkan rekomendasi terkait dengan peningkatan cakupan Td dari rencana peninjauan program BIAS. Aspek utama dari rencana keberlanjutan MNTE harus diintegrasikan ke dalam rencana multi-tahun komprehensif (cMYP) negara, yang saat ini sedang dikembangkan.
- (2) Temuan penting dan rekomendasi dari MNTE PVA ini harus dimasukkan ke dalam cMYP 2020-2024 yang saat ini sedang dikembangkan untuk mempertahankan MNTE selama kurun waktu tersebut.
- (3) EPI di provinsi Papua, dengan dukungan NIP, hendaknya melakukan analisis risiko TN, *desk review* dokumen terkait MNTE, dan kunjungan lapangan ke tiga kabupaten/kota berisiko tinggi untuk menilai status keberlanjutan MNTE di provinsi tersebut dan merekomendasikan tindakan yang diperlukan.
- (4) Dinas kesehatan kabupaten/kota, dengan dukungan dari dinas kesehatan provinsi, hendaknya mengambil langkah-langkah untuk mengatasi kesenjangan saat ini dalam vaksinasi ibu hamil secara benar selama kunjungan ANC dan dalam mendokumentasikan dengan benar dosis TTCV yang diberikan sebelumnya, melalui:
 - (a) Melatih tenaga kesehatan untuk secara teratur melakukan skrining terhadap ibu hamil saat kunjungan ANC guna memastikan mereka menerima dosis Td yang sesuai, yang memperhitungkan dosis yang diterima selama kehamilan sebelumnya dan yang diterima melalui BIAS.
 - (b) Mengembangkan dan menerapkan pedoman yang jelas untuk mendokumentasikan semua dosis Td yang diberikan selama kunjungan ANC, dan masukkan ibu hamil yang tidak divaksinasi ke dalam pembilang untuk Td2+, karena catatan mereka menunjukkan bahwa mereka telah menerima lima dosis TTCV sebelumnya.
 - (c) Menerapkan pedoman yang sudah ada untuk memastikan bahwa semua peluang untuk vaksinasi ibu hamil dengan Td sudah digunakan, guna menghindari hilangnya peluang, terutama di daerah berisiko tinggi.
 - (d) Rencana peninjauan program BIAS hendaknya mengidentifikasi strategi untuk meningkatkan pencatatan individu atas dosis TTCV yang disediakan melalui program ini. Strategi tersebut antara lain merevisi buku kesehatan ibu dan anak (MCH) untuk memasukkan halaman mengenai pendekatan vaksinasi *life*

course, dosis vaksin yang diberikan melalui program BIAS dan kepada WUS, yang dapat berupa kartu berisi riwayat vaksinasi TTCV untuk disimpan oleh setiap individu.

- (e) Strategi yang tepat hendaknya dikembangkan untuk pemberian antigen kepada anak-anak putus sekolah, termasuk TTCV yang diberikan kepada anak usia sekolah. Strategi dapat mencakup kegiatan penjangkauan khusus di lokasi tempat anak-anak ini dapat ditemukan.
- (5) Program RMNCAH, dengan dukungan dari pemangku kepentingan terkait, hendaknya mengidentifikasi strategi untuk meningkatkan cakupan persalinan bersih dan praktik penanganan tali pusat yang tepat, yang dapat berupa:
 - (a) Meningkatkan penyediaan informasi dan kesadaran ibu hamil pada saat kunjungan ANC, mengenai penanganan tali pusat yang tepat dan risiko penggunaan bahan-bahan tradisional pada tali pusat.
 - (b) Mengidentifikasi strategi inovatif bagi komunitas yang sulit dijangkau dan memiliki jumlah tenaga kesehatan yang terbatas (atau tidak ada), yang akan meningkatkan akses mereka ke persalinan bersih dan praktik penanganan tali pusat yang tepat serta meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat/keluarga.
 - (c) Merumuskan dan menerapkan kebijakan yang menjamin ketersediaan tenaga kesehatan di komunitas yang sulit dijangkau.
- (6) NIP, dengan dukungan dari pemangku kepentingan terkait dan bekerja sama dengan dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, hendaknya menggunakan modul/platform/metode pelatihan yang sesuai (modul pelatihan WHO untuk manajer tingkat menengah dan Imunisasi Praktis, *on-the-job training*, kelas daring, pendampingan, pengawasan suportif) untuk melatih tenaga kesehatan di semua tingkatan pada bidang program (perencanaan program, pemantauan, kualitas data, penciptaan permintaan, pemberian layanan, manajemen rantai pasokan imunisasi) yang di dalamnya terdapat kesenjangan.
- (7) Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota hendaknya mendukung fasilitas kesehatan untuk mengembangkan, menerapkan dan memantau rencana mikro dengan anggaran, yang mencakup strategi dan pos anggaran untuk menyediakan layanan imunisasi di komunitas terpencil dan populasi yang sulit dijangkau lainnya.
- (8) NIP hendaknya mendukung provinsi, kabupaten/kota, dan fasilitas kesehatan untuk melaksanakan rekomendasi dari laporan tinjauan kualitas data terbaru terkait peningkatan kelengkapan, ketersediaan, dan kualitas data, termasuk data tentang indikator inti dan indikator pengganti TMN.
- (9) Unit surveilans provinsi dan kabupaten/kota, dengan dukungan pemangku kepentingan terkait, hendaknya memetakan lokasi surveilans di kabupaten/kota untuk pencarian aktif, investigasi, dan pelaporan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, termasuk TN.
- (10) Surveilans TN hendaknya diintegrasikan sepenuhnya ke dalam surveilans VPD aktif, termasuk merevisi formulir dan protokol investigasi kasus. Surveilans TN hendaknya mencakup penilaian berbasis masyarakat dan *zero case reporting*.
- (11) Semua kasus TN yang dilaporkan hendaknya diselidiki, dan tanggapan imunisasi

dilaksanakan sesuai pedoman WHO⁵⁵, terutama di daerah-daerah yang umumnya memiliki cakupan rendah.

Jangka menengah hingga jangka panjang

- (12) NIP hendaknya mendukung dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota dalam melakukan advokasi dengan otoritas/pemerintah provinsi dan kabupaten/kota untuk menerapkan kebijakan sumber daya manusia yang memungkinkan retensi dan motivasi staf, terutama di daerah terpencil.
- (13) NIP, dengan dukungan dari para pemangku kepentingan, hendaknya meninjau dan memperkuat platform yang sudah ada untuk memberikan TTCV sepanjang perjalanan hidup⁵⁶ (vaksinasi bayi, dosis ulangan selama tahun kedua kehidupan, dosis penguat/ulangan melalui program kesehatan sekolah, ANC, PIRI), kegiatan penjangkauan khusus yang menyasar populasi tertentu termasuk anak-anak putus sekolah.
- (14) Sebagai bagian dari upaya untuk mengatasi angka estimasi Td2+ yang lebih kecil dari keadaan yang sebenarnya (*underestimation*) saat ini, NIP hendaknya mempertimbangkan untuk memperkenalkan pemantauan PAB saat kunjungan DPT1, yang hendaknya didahului dengan pelatihan tenaga kesehatan tentang metode untuk memperoleh informasi dari pengasuh (*caregiver*) dan pemantauan cakupan PAB.
- (15) NIP hendaknya memperkuat kolaborasinya dengan program RMNCAH dan BIAS di semua tingkatan, guna meningkatkan cakupan dan kualitas serta berbagi informasi terkait dengan semua layanan MNTE yang diberikan melalui berbagai platform di bawah kedua program ini. Kolaborasi tersebut dapat mencakup, antara lain, penyampaian data kuartal dan pertemuan tinjauan setiap tiga bulan sekali untuk mengidentifikasi kelemahan dan memantau pelaksanaan tindakan perbaikan.
- (16) NIP hendaknya memasukkan informasi VPDS ke dalam semua pelatihan untuk pelatih, pelatihan penyegaran, serta pelatihan sebelum dan selama menjalankan tugas (termasuk pelatihan tentang kerangka kerja akuntabilitas).
- (17) Analisis data epidemiologi untuk lumpuh layu akut (*acute flaccid paralysis*), campak dan rubela, difteri, tetanus, dan kasus VPD lainnya hendaknya dilakukan dan disebarakan ke seluruh kabupaten/kota, fasilitas kesehatan, dan mitra oleh tim nasional terkait.

⁵⁵ https://www.who.int/immunization/documents/MLM_module8.pdf?ua=1

⁵⁶ tetanus vaccine WHO position paper February 2017 https://www.who.int/health-topics/tetanus/#tab=tab_1

6. Pembelajaran

Menghadapi berkurangnya dukungan keuangan, penggabungan MNTE PVA ke dalam tinjauan dan survei yang sudah direncanakan dilakukan untuk menghemat biaya. Saat ini, beberapa negara dari 47 negara yang telah divalidasi MNTE telah dijadwalkan untuk mengadakan tinjauan EPI atau evaluasi pascainroduksi (PIE) dalam waktu enam bulan ke depan. Kesempatan ini adalah saat yang tepat untuk menggabungkan MNTE PVA ke dalam EPI, VPDS, serta tinjauan program lainnya. Selain itu, penggabungan ini sangat direkomendasikan oleh WHO dan para mitra teknis.

Pembelajaran dari menggabungkan MNTE PVA dengan tinjauan EPI dan VPDS di Indonesia dapat dikategorikan ke dalam dua bagian:

(1) Faktor pendukung, kelebihan, dan kebutuhan-kebutuhan krusial

- (a) Keputusan untuk menggabungkan penilaian-penilaian tersebut diambil oleh Kemenkes dengan pedoman teknis dari kantor regional WHO dan UNICEF.
- (b) Penggunaan sumber daya yang sama telah membantu menekan biaya yang akan ditanggung, dibandingkan apabila penyelenggaraan PVA diadakan secara terpisah.
- (c) Pendekatan terhadap MNTE yang berkesinambungan pada cakupan RMNCAH yang lebih luas dan *life-course* di WHO Wilayah Asia Tenggara.
- (d) Memelihara MNTE adalah satu dari delapan tujuan Rencana Aksi Vaksin Regional SEARO. Rencana aksi tersebut menekankan pendekatan *life-course* yang dibarengi dengan pendekatan koordinasi oleh tim imunisasi, kesehatan reproduksi, dan kesehatan anak dan remaja.
- (e) Fokus regional peninjauan EPI juga merupakan fokus untuk MNTE di daerah tersebut.
- (f) Keberlanjutan MNTE adalah bagian dari tujuan pemberantasan, eliminasi, dan percepatan pengendalian penyakit di Indonesia. Hal ini menjadikan penggabungan PVA, EPI, dan peninjauan VPDS logis karena sudah mengikutsertakan penyakit-penyakit seperti polio, campak/rubela, difteri, hepatitis B, dan ensefalitis Jepang.
- (g) Kesempatan untuk memasukkan temuan dan rekomendasi utama PVA ke dalam draf cMYP Indonesia 2020–2024.
- (h) Keterlibatan awal (tiga bulan sebelum kegiatan peninjauan) melalui telekonferensi, panggilan telepon, dan korespondensi via surel antara semua tingkatan kantor WHO dan UNICEF untuk membahas dan merencanakan aspek-aspek penting dari penggabungan.
- (i) Keterlibatan program MCH negara di dalam perencanaan dan implementasi kegiatan peninjauan gabungan.
- (j) Perekrutan ahli MNTE eksternal oleh WHO Jenewa untuk mengoordinasikan dan menyediakan pedoman teknis untuk penggabungan MNTE PVA.
- (k) Keputusan untuk memasukkan pertanyaan mengenai indikator-indikator inti dan pengganti MNTE ke dalam kuesioner peninjauan EPI dan VPDS pada segala tingkat. Hal ini dapat meniadakan penggunaan kuesioner terpisah untuk PVA.
- (l) Penugasan ahli MNTE internasional ke empat kabupaten/kota berisiko tinggi

untuk mengadakan survei cepat kenyamanan masyarakat serta kegiatan peninjauan EPI dan VPDS.

- (m) Tim yang ditugaskan ke empat kabupaten/kota khusus MNTE berisiko tinggi telah diberikan pengarahan mengenai penyelenggaraan survei cepat kenyamanan masyarakat dan pengoperasian alat pengumpulan data.
- (n) Pengalaman di lapangan mengindikasikan bahwa pengikutsertaan PVA akan diuntungkan dengan adanya tambahan hari untuk melakukan peninjauan yang disebabkan terutama oleh jauhnya jarak perjalanan di provinsi dan kabupaten/kota.

(2) Hambatan dan kekurangan

- (a) Terbatasnya pengarahan lebih awal untuk tim di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan fasilitas kesehatan mengenai survei cepat kenyamanan masyarakat. Hal ini penting untuk meningkatkan kesiapan mereka dalam memenuhi standar keterlibatan dengan komunitas dan meningkatkan kualitas dan jangkauan survei cepat kenyamanan masyarakat.
- (b) Mengikutsertakan PVA ke dalam tinjauan EPI dan VPDS menyebabkan kurangnya eksplorasi yang berdampak terhadap kemantapan kesimpulan PVA. Hal ini terutama karena peninjauan EPI dan VPDS di Indonesia memiliki banyak topik yang ditargetkan (polio, campak/rubela, sindrom rubela kongenital, difteri, hepatitis B, ensefalitis Jepang). Peninjauan EPI di negara lain pada umumnya tidak mencakup banyak topik. Hal ini menyebabkan kurangnya penekanan terhadap pengumpulan data yang berkaitan dengan MNTE oleh tim yang mengunjungi kabupaten/kota non-spesifik MNTE yang berdampak pada keterbatasan informasi mengenai MNTE yang didapatkan dari daerah-daerah tersebut.
- (c) Ketidakmampuan tim PVA untuk berpartisipasi dalam pertemuan antara tim peninjauan EPI dan VPDS dengan petugas berbagai program lainnya yang relevan di tingkat pusat. Hal ini menyebabkan tim PVA tidak memiliki kesempatan untuk mengetahui lebih dalam persepsi inisiatif MNTE dan kolaborasi antara EPI dan program RMNCAH di tingkat pusat.

Implikasi pembiayaan untuk integrasi

Integrasi penilaian pascavalidasi MNTE (MNTE PVA) dalam tinjauan Program Pengembangan Imunisasi (EPI) dan Surveilans Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) yang direncanakan dapat membantu mengurangi biaya yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program pasca validasi yang terpisah. Namun demikian, masih terdapat biaya tambahan kecil untuk menggabungkan program pasca validasi (PVA) dengan tinjauan EPI dan VPDS. Komponen biaya utama dari PVA yang diemban tim nasional berupa biaya operasional untuk survei cepat kenyamanan masyarakat di 17 desa di tujuh kabupaten/kota (empat kabupaten/kota dengan risiko tinggi tetanus neonatal/TN dan tiga kabupaten/kota berisiko rendah). Pos anggaran lain untuk PVA mencakup biaya perjalanan, termasuk uang saku harian untuk petugas nasional dan tenaga internasional yang secara khusus membantu kabupaten/kota berisiko tinggi tertentu yang terlibat dalam MNTE.

Tabel 5. Daftar Peserta: Penilaian Pascavalidasi MNTE

No.	Nama	Afiliasi
1	Dr. Hilde Sleurs	Konsultan, MNTE PVA, Kantor Pusat WHO
2	Dr. Lucy Breakwell	Ahli Epidemiologi, Accelerated Disease Control and Vaccine Preventable Disease Surveillance Branch, CDC AS, Atlanta
3	Dr. Bilal Ahmed	Ahli Perencanaan & Monitoring – MNTE, Programme Division, Maternal, Newborn & Adolescent Health, Markas Besar UNICEF
4	Dr. Nasir Yusuf (Koordinator Misi)	Expanded Programme on Immunization Plus, Kantor Pusat WHO
5	Rubiyo Wahyuriadi	Staf Subdit Surveilans - Kemenkes RI
6	Widyawati	Kesehatan Keluarga - Kemenkes RI
7	Dr. Fina Tams (Koordinator Nasional)	National Professional Officer – Immunization, WHO Indonesia
8	Dr. Alfrida Silitonga	National Professional Officer - Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, WHO Indonesia
9	Vivi Voronika	Staf Subdit Surveilans - Kemenkes RI
10	Rabiatul Adawiyah	Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat
11	Adinda Silitonga	Ahli Komunikasi UNICEF Indonesia
12	Hakimi	Staf Subdit Imunisasi- Kemenkes RI
13	Defi Amalia	Kemenkes RI
14	Dr. Ike Silviana	Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jambi
15	Dr. Sartini Saman	Konsultan Nasional UNICEF Indonesia
16	Sekar Astrika	Staf Subdit Imunisasi - Kemenkes RI
17	Abuchori	Public Health Emergency Operation Center (PHEOC), Kemenkes RI
18	Welly Wamear	Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat

Penilaian pasca validasi eliminasi tetanus maternal dan neonatal dilakukan di tujuh kabupaten/kota di Indonesia pada tanggal 10-18 Februari 2020 yang berintegrasi dengan peninjauan bersama nasional/internasional Program Imunisasi dan Surveilans Penyakit yang Dapat Dicegah oleh Imunisasi (PD3I). Laporan ini menyajikan temuan, kesimpulan, dan rekomendasi dari kegiatan penilaian.

