

Rekomendasi POLIO



1. PENDAHULUAN

a. Latar Belakang

Virus Polio adalah virus yang termasuk dalam golongan Human Enterovirus yang bereplikasi di usus dan dikeluarkan melalui tinja. Virus Polio terdiri dari 3 strain yaitu strain-1 (Brunhilde), strain-2 (Lansig), dan strain-3 (Leon), termasuk family Picornaviridae. Penyakit ini dapat menyebabkan kelumpuhan dengan kerusakan motor neuron pada cornu anterior sumsum tulang belakang akibat infeksi virus.

Kebanyakan orang yang terinfeksi (90%) tidak mengalami gejala atau gejala yang sangat ringan dan biasanya tidak dikenali. Pada kondisi lain, gejala awal yang muncul adalah demam, kelelahan, sakit kepala, muntah, kekakuan di leher, dan nyeri di tungkai.

Indonesia telah mengalami perjalanan panjang dalam menangani wabah virus polio ini. Dengan resolusi WHO dan program The Global Polio Eradication Initiative pada tahun 1988, Indonesia telah melaksanakan program imunisasi nasional polio selama 3 tahun berturut-turut pada tahun 1995, 1996 dan 1997, serta berhasil memberantas virus polio di Indonesia sejak tahun 1996. Namun, pada 13 Maret 2005 ditemukan kasus polio pertama di Kecamatan Cidahu, Kabupaten Sukabumi, Jawa Barat. Dalam kurun waktu 2005 sampai awal 2006, kasus polio tersebut berkembang menjadi KLB yang menyerang 305 orang dan tersebar di 47 kabupaten/kota di 10 provinsi.

Dalam beberapa tahun terakhir, tingkat vaksinasi anak secara global terhadap polio, termasuk di Indonesia, sempat mengalami penurunan akibat pandemi COVID-19. Hal ini meningkatkan risiko penyebaran kembali virus polio. Penemuan kasus polio baru-baru ini di negara-negara yang sebelumnya bebas polio merupakan peringatan bahwa tidak ada negara yang aman sampai polio benar-benar diberantas di seluruh dunia.

Imunisasi adalah kunci utama pencegahan polio. Selain itu, pemerintah perlu memastikan sistem surveilans berjalan optimal, serta meningkatkan edukasi dan komunikasi kepada masyarakat.

Data Pendukung Risiko Polio di Kabupaten Toli-Toli Tahun 2026: Berdasarkan hasil pemetaan risiko tahun 2026, cakupan imunisasi polio di Kabupaten Toli-Toli baru mencapai **65%**. Cakupan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti CTPS tercatat **45%**, cakupan pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga **65%**, dan cakupan stop BABS **65%**. Selain itu, cakupan sarana air minum yang tidak diperiksa dan tidak memenuhi syarat masing-masing sebesar **45%**. Kondisi ini menunjukkan masih tingginya potensi kerentanan terhadap penularan polio di wilayah Kabupaten Toli-Toli.

b. Tujuan

Tujuan dilakukannya pemetaan dan penyusunan rekomendasi ini adalah:

1. Memberikan panduan bagi daerah dalam melihat situasi dan kondisi penyakit infeksi emerging, khususnya penyakit Polio.
2. Mengoptimalkan penyelenggaraan penanggulangan kejadian penyakit infeksi emerging di Kabupaten Toli-Toli.
3. Menjadi dasar bagi daerah dalam kesiapsiagaan dan penanggulangan penyakit infeksi emerging atau penyakit yang berpotensi wabah/KLB.
4. Menjadi pedoman dalam rangka kewaspadaan dini dan penanggulangan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) di Kabupaten Toli-Toli.

2. HASIL PEMETAAN RISIKO

Berdasarkan ANALIS RISIKO – POLIO KABUPATEN TOLI-TOLI SULAWESI TENGAH TH. 2026, diperoleh hasil sebagai berikut.

a. Penilaian Ancaman

Penetapan nilai risiko ancaman Polio untuk Kabupaten Toli-Toli dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1. Penetapan Nilai Risiko Polio Kategori Ancaman Kabupaten Toli-Toli Tahun 2026

No	KATEGORI	SUBKATEGORI	NILAI	BOBOT (B)	Nilai Risiko per Kategori (NR)	INDEKS (NR x B)
1	Karakteristik Penyakit	Karakteristik Penyakit (literatur/tim ahli)	13.55	13.55	T	13.55
2	Pengobatan	Pengobatan (literatur/tim ahli)	1.91	1.91	T	1.91
3	Metode Penanggulangan Penularan Penyakit	Metode Penanggulangan Penularan Penyakit (literatur/tim ahli)	10.5	10.5	S	1.05
4	Pencegahan Penularan Penyakit di Masyarakat	Pencegahan Penularan Penyakit Perorangan (literatur/tim ahli)	13.16	13.16	A	0.01
5		Pencegahan Penularan Penyakit di Masyarakat (literatur/tim ahli)	13.95	13.95	S	1.4
6	Risiko importasi	Risiko Importasi deklarasi PHEIC - WHO (literatur/tim ahli)	8.47	8.47	T	8.47
7		Risiko Importasi POLIO di wilayah Indonesia	8.47	8.47	S	0.85
8	Risiko penularan setempat	Risiko penularan setempat	8.71	8.71	A	0.01

No	KATEGORI	SUBKATEGORI	NILAI	BOBOT (B)	Nilai Risiko per Kategori (NR)	INDEKS (NR x B)
9	Dampak wilayah	Dampak wilayah (periode KLB)	6.01	6.01	S	0.6
10	Dampak ekonomi	Dampak ekonomi saat terjadi keadaan KLB	6.81	6.81	S	0.68
11		Dampak ekonomi saat tidak terjadi KLB (AFP)	5.22	5.22	R	0.05
12	Dampak Sosial	Perhatian media	3.24	3.24	A	0
Total				100		

Berdasarkan hasil penilaian ancaman pada penyakit Polio, terdapat 3 subkategori yang masuk ke dalam nilai risiko **Tinggi**, yaitu:

1. Subkategori **Karakteristik Penyakit (literatur/tim ahli)**, karena penyakit polio berpotensi menyebabkan kelumpuhan permanen dan Kejadian Luar Biasa (KLB).
2. Subkategori **Pengobatan (literatur/tim ahli)**, karena pengobatan polio hanya bersifat suportif dan tidak dapat menyembuhkan kelumpuhan yang sudah terjadi.
3. Subkategori **Risiko Importasi deklarasi PHEIC - WHO (literatur/tim ahli)**, karena polio masih dinyatakan sebagai darurat kesehatan global (PHEIC) dan Indonesia memiliki mobilitas penduduk yang tinggi.

Berdasarkan hasil penilaian ancaman pada penyakit Polio terdapat 5 subkategori pada kategori ancaman yang masuk ke dalam nilai risiko Sedang, yaitu :

1. **Subkategori Metode Penanggulangan Penularan Penyakit (literatur/tim ahli)**, alasan: Metode penanggulangan yang dipilih para ahli adalah **Tidak memerlukan isolasi, tetapi memerlukan pelacakan kasus, serta kasus dan sumber-sumber penularan harus dicari dan ditanggulangi**. Hal ini dinilai berisiko sedang karena polio memiliki masa inkubasi yang panjang (7-14 hari) dan sebagian besar kasus asimtomatik, sehingga pelacakan kontak yang aktif dan masif sangat krusial tetapi sulit dilakukan secara sempurna di lapangan. Kesalahan dalam pelacakan dapat menyebabkan rantai penularan tidak terputus.
2. **Subkategori Pencegahan Penularan Penyakit di Masyarakat (literatur/tim ahli)**, alasan: Para ahli menilai bahwa **vaksinasi polio mampu menghentikan siklus penularan secara efektif, namun efek samping (seperti VAPP/VDPV) dan potensi mutasi ganas virus vaksin (cVDPV) signifikan**. Kabupaten Toli-Toli memiliki cakupan imunisasi polio hanya 65% (di bawah herd immunity yang membutuhkan >95%), sehingga risiko terjadinya sirkulasi virus polio turunan vaksin (cVDPV) di masyarakat tetap tinggi. Kondisi ini menjadikan pencegahan penularan di masyarakat berada pada tingkat risiko sedang.

3. **Subkategori Risiko Importasi POLIO di wilayah Indonesia, alasan:** Meskipun dalam 1 (satu) tahun terakhir tidak ditemukan kasus polio di wilayah Indonesia, dan pernyataan WHO per November 2025 KLB Polio Tipe 2 telah berakhir, peluang masuknya kasus polio dari luar negeri ke wilayah NKRI atau dari luar daerah ke Kabupaten Toli-Toli **masih sangat terbuka**. Kabupaten Toli-Toli memiliki bandara dan pelabuhan laut dengan frekuensi transportasi antar wilayah **sekali atau lebih per minggu**. Mobilitas penduduk dan barang ini meningkatkan potensi imporasi virus polio dari daerah atau negara yang masih mengalami transmisi, sehingga risiko importasi berada pada kategori sedang.
4. **Subkategori Dampak wilayah (periode KLB), alasan:** Apabila terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) polio di Kabupaten Toli-Toli, **diperkirakan periode KLB dapat mencapai 40 hari** (berdasarkan dokumen analisis risiko halaman 7). Dampak wilayah dinilai sedang karena wabah polio tidak hanya menginfeksi puluhan orang, tetapi juga berpotensi melumpuhkan layanan kesehatan lain, memicu stigma di masyarakat, dan membutuhkan mobilisasi sumber daya yang besar dari seluruh wilayah kabupaten.
5. **Subkategori Dampak ekonomi saat terjadi keadaan KLB, alasan:** Dampak ekonomi saat terjadi KLB polio diperkirakan cukup signifikan, dengan perkiraan anggaran yang diperlukan mencapai:
 - o **Rp600.000.000 (enam ratus juta rupiah)** untuk biaya penyelidikan, pencegahan penularan lebih luas, surveilans selama KLB, penyuluhan dan penanggulangan lainnya.
 - o **Rp700.000.000 (tujuh ratus juta rupiah)** per penderita untuk biaya tatalaksana (perawatan, obat-obatan, pengelolaan spesimen, PPI di fasyankes, dll).

Besaran biaya ini, meskipun tidak sampai membebani APBD secara ekstrem, tetap memberikan tekanan pada anggaran kesehatan daerah dan menggeser alokasi dana dari program lain. Oleh karena itu, dampak ekonomi saat KLB dikategorikan sebagai **risiko sedang**.

b. Penilaian Kerentanan

Tabel 2. Penetapan Nilai Risiko Polio Kategori Kerentanan Kabupaten Toli-Toli Tahun 2026

No	KATEGORI	SUBKATEGORI	NILAI	BOBOT (B)	Nilai Risiko per Kategori (NR)	INDEKS (NR x B)
1	Karakteristik Penduduk	Kepadatan Penduduk	13.64	13.64	R	0.14
2	Ketahanan Penduduk	% cakupan imunisasi polio 4	27.99	27.99	S	2.8
3		% perilaku sehat (CTPS, PAMMK, SBABS)	31.1	31.1	S	3.11

No	KATEGORI	SUBKATEGORI	NILAI	BOBOT (B)	Nilai Risiko per Kategori (NR)	INDEKS (NR x B)
4	Karakteristik Lingkungan Berisiko	% sarana air minum tidak diperiksa dan tidak memenuhi syarat	20.74	20.74	S	2.07
5	Transportasi Antar Kab/Kota/Provinsi	Transportasi Antar Kab/Kota/Provinsi	6.53	6.53	S	0.65
Total				100		

Berdasarkan hasil penilaian kerentanan, tidak ada subkategori dengan nilai risiko Tinggi. Seluruh subkategori utama berada pada tingkat risiko **Sedang**, yaitu:

1. Subkategori % cakupan imunisasi polio 4 (65%).
2. Subkategori % perilaku sehat (nilai gabungan 45-65%).
3. Subkategori % sarana air minum tidak diperiksa dan tidak memenuhi syarat (45%).
4. Subkategori Transportasi Antar Kab/Kota/Provinsi.

c. Penetapan Tindak Lanjut Kerentanan

TABEL-3 Penetapan Subkategori yang dapat ditindaklanjuti pada kategori KERENTANAN

No	Subkategori	Bobot	Nilai Risiko
1	% perilaku sehat (CTPS, PAMMK, SBABS)	31,10	S (Sedang)
2	% cakupan imunisasi polio 4	27,99	S (Sedang)
3	% sarana air minum tidak diperiksa dan tidak memenuhi syarat	20,74	S (Sedang)

Pertimbangan Daerah (Kabupaten Tolitoli):

1. **Kondisi Geografis dan Sosial:** Kabupaten Tolitoli memiliki wilayah yang cukup luas dengan akses transportasi antar kabupaten/kota yang lancar (memiliki bandara dan pelabuhan laut, frekuensi transportasi sekali atau lebih per minggu). Kondisi ini memudahkan mobilitas

penduduk sekaligus berisiko tinggi terhadap importasi polio, sehingga ketahanan penduduk melalui imunisasi dan perilaku sehat menjadi sangat krusial.

2. **Data Lapangan:** Dari hasil pengisian tools, cakupan imunisasi polio baru 65% dan cakupan PHBS masih rendah. Ini menjadi temuan konkret yang perlu segera ditindaklanjuti karena menyangkut populasi rentan (balita).
3. **Keterkaitan Antar Subkategori:** Ketiga subkategori ini saling terkait erat. Rendahnya akses air bersih dan sanitasi (no.3) diperparah dengan rendahnya perilaku hidup sehat (no.1). Kondisi ini membuat program imunisasi (no.2) menjadi satu-satunya benteng yang masih kuat, tetapi sayangnya cakupannya pun belum memadai. Oleh karena itu, ketiganya harus ditangani secara simultan.

d. Penilaian Kapasitas

Tabel 4. Penetapan Nilai Risiko Polio Kategori Kapasitas Kabupaten Toli-Toli Tahun 2026

No	KATEGORI	SUBKATEGORI	NILAI	BOBOT (B)	Nilai Risiko per Kategori (NR)	INDEKS (NR x B)
1	Kebijakan publik	Kebijakan publik	3.52	3.52	S	0.35
2	Kelembagaan	Kelembagaan	3.52	3.52	T	3.52
3	Program pencegahan dan pengendalian	Program imunisasi	7.75	7.75	S	0.78
4		Pengobatan massal (PIN Polio)	2.37	2.37	T	2.37
5		Pengendalian lingkungan dan Perilaku	3.15	3.15	T	3.15
6	Kualitas program pencegahan dan pengendalian PIE	Kualitas program pencegahan dan pengendalian PIE	6.66	6.66	S	0.67
7	Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Fasilitas Pelayanan Kesehatan	3.4	3.4	R	0.03
8	Surveilans	8a. Surveilans (SKD)	8.89	8.89	A	0.01
9		8b. Sasaran deteksi dini kasus Polio (human diseases surveillance)	7.06	7.06	T	7.06

No	KATEGORI	SUBKATEGORI	NILAI	BOBOT (B)	Nilai Risiko per Kategori (NR)	INDEKS (NR x B)
10		8c. Pelaksanaan Deteksi Dini Polio di Fasyankes (Puskesmas)	9.08	9.08	A	0.01
11		8d. Pelaksanaan Deteksi Dini Polio di Fasyankes (RS)	11.2	11.2	T	11.2
12		Surveilans AFP	10.1	10.1	T	10.1
13	PE dan penanggulangan KLB	PE dan penanggulangan KLB	12.06	12.06	R	0.12
14	Kapasitas Lab	Kapasitas Laboratorium	1.75	1.75	S	0.18
15	Promosi	Media Promosi Kesehatan	9.48	9.48	A	0.01
Total				100		

Berdasarkan hasil penilaian kapasitas, terdapat beberapa subkategori dengan nilai risiko yang perlu mendapat perhatian:

- **Nilai Risiko Tinggi (T):** Kelembagaan, Pengobatan massal (PIN), Pengendalian lingkungan, Sasaran deteksi dini, Pelaksanaan deteksi dini di RS, Surveilans AFP.
- **Nilai Risiko Abai (A):** Surveilans (SKD), Pelaksanaan Deteksi Dini di Puskesmas, Media Promosi Kesehatan.

e. Penetapan Tindak Lanjut Kapasitas

Tabel 5: Penetapan Subkategori yang dapat ditindaklanjuti pada kategori KAPASITAS

No	Subkategori	Bobot	Nilai Risiko
1	Media Promosi Kesehatan	9,48	A (Abai/Sangat Rendah)
2	8c. Pelaksanaan Deteksi Dini Polio di Fasyankes (Puskesmas)	9,08	A (Abai/Sangat Rendah)
3	8a. Surveilans (SKD)	8,89	A (Abai/Sangat Rendah)

Pertimbangan Daerah (Kabupaten Tolitoli):

1. **Promosi Kesehatan (Prioritas Utama):** Tidak adanya media promosi kesehatan sama sekali merupakan temuan yang sangat kritis. Kabupaten Tolitoli tidak dapat mengandalkan komunikasi lisan semata. Dibutuhkan media cetak dan digital untuk menjangkau seluruh lapisan masyarakat, termasuk daerah terpencil.
2. **Deteksi Dini di Puskesmas (Prioritas Kedua):** Puskesmas adalah garda terdepan dalam sistem surveilans. Jika analisis SKDR tidak pernah dilakukan di puskesmas, maka potensi KLB polio dapat terlewatkan hingga muncul kasus lumpuh. Ini sangat berbahaya karena polio sudah memasuki fase transmisi di masyarakat.
3. **Surveilans SKD di Dinas Kesehatan (Prioritas Ketiga):** Kapasitas tim SKDR yang masih minim sertifikasi dan frekuensi analisis yang hanya setahun sekali tidak memenuhi standar kewaspadaan dini. Kabupaten Tolitoli membutuhkan peningkatan kompetensi petugas dan frekuensi analisis untuk mendeteksi ancaman lebih awal.

f. Karakteristik Risiko (Tinggi, Rendah, Sedang)**Tabel 6. Penetapan Karakteristik Risiko Polio Kabupaten Toli-Toli Tahun 2026**

Provinsi	Sulawesi Tengah
Kabupaten/Kota	Toli-Toli
Tahun	2026
RESUME ANALISIS RISIKO POLIO	
Ancaman	28.58
Kerentanan	8.77
Kapasitas	39.56
RISIKO	6.34
Derajat Risiko	RENDAH

Berdasarkan hasil pemetaan risiko Polio di Kabupaten Toli-Toli tahun 2026, diperoleh nilai ancaman sebesar 28.58, kerentanan 8.77, dan kapasitas 39.56. Dengan rumus Risiko = (Ancaman x Kerentanan) / Kapasitas, diperoleh nilai **6.34** atau **Derajat Risiko RENDAH**.

Meskipun derajat risiko rendah, beberapa isu prioritas pada kategori kerentanan dan kapasitas harus tetap ditindaklanjuti untuk mempertahankan dan menurunkan risiko lebih lanjut.

3. MENGANALISIS INVENTARISASI MASALAH DARI SETIAP SUBKATEGORI YANG DAPAT DITINDAKLANJUTI**Tabel 7: Inventarisasi Masalah Melalui Metode 5m (Man, Method, Material, Money, Dan Machine) Kategori Kerentanan**

NO	SUBKATEGORI	MAN	METHOD	MATERIAL	MONEY	MACHINE
1	% Perilaku Hidup Sehat (CTPS, PAMMK, SBABS) (Nilai terburuk: CTPS 45%)	Kurangnya kader kesehatan terlatih di setiap desa untuk edukasi CTPS. Tenaga promkes puskesmas tidak mencukupi untuk jangkauan seluruh wilayah.	Metode sosialisasi CTPS tidak spesifik untuk pencegahan polio. Edukasi tidak berkelanjutan (hanya saat kampanye). Tidak ada program berbasis insentif komunitas.	Kurangnya sarana CTPS (sabun, tempat cuci tangan portabel) di tempat umum, sekolah, dan rumah ibadah. Tidak ada media edukasi (poster/leaflet) yang terpajang konsisten.	Alokasi anggaran untuk program PHBS tidak spesifik untuk pencegahan polio. Dana operasional lapangan (transportasi, konsumsi) terbatas.	Tidak tersedia alat peraga edukasi CTPS interaktif. Fasilitas cuci tangan permanen di area publik dan puskesmas belum memadai.
2	% Cakupan Imunisasi Polio 4 (Nilai terburuk: cakupan 65%)	Jumlah dan distribusi tenaga imunisasi tidak merata. Petugas belum kompeten dalam manajemen rantai dingin. Kader posyandu kurang aktif.	Pencatatan dan pelaporan imunisasi masih manual → banyak sasaran terlewat. Metode outreach tidak terjadwal. Tidak ada sistem reminder bagi orang tua.	Cold chain equipment (lemari pendingin, vaccine carrier, cool pack) terbatas dan tidak optimal. Ketersediaan vaksin polio kadang tidak merata.	Anggaran operasional sweeping/outreach tidak mencukupi. Transportasi petugas ke lokasi terpencil terbatas. Honor kader tidak memadai.	Tidak ada SIS (Sistem Informasi Imunisasi) terintegrasi berbasis digital. Akses ke lokasi sasaran terkendala geografis dan keterbatasan kendaraan operasional.
3	% Sarana Air Minum Tidak Diperiksa dan Tidak Memenuhi Syarat (Nilai terburuk: 45% tidak)	Kurangnya tenaga sanitarian di puskesmas untuk pemeriksaan dan pembinaan. Belum ada	Jadwal pemeriksaan sarana air minum tidak teratur. Tidak ada sistem pengawasan kualitas air	Peralatan uji kualitas air (klorin test kit, TDS meter, rapid test bakteriologis) tidak tersedia atau habis pakai. Reagen	Anggaran surveilans kualitas air minum (pengambilan sampel, pemeriksaan lab) sangat terbatas. Biaya	Laboratorium kesehatan daerah tidak memiliki alat uji lengkap (spektrofotometer, inkubator) atau alat rusak. Sistem

NO	SUBKATEGORI	MAN	METHOD	MATERIAL	MONEY	MACHINE
	<i>diperiksa, 45% tidak memenuhi syarat)</i>	petugas terlatih inspeksi sarana air minum komunitas.	terstandar. Pembinaan pengelolaan air minum rumah tangga tidak intensif.	untuk pemeriksaan lab terbatas.	perawatan sarana air bersih tidak tersedia.	informasi pemantauan kualitas air tidak tersedia.

Tabel 8: Inventarisasi Masalah Melalui Metode 5m (Man, Method, Material, Money, Dan Machine) Kategori Kapasitas

NO	SUBKATEGORI	MAN	METHOD	MATERIAL	MONEY	MACHINE
1	Pelaksanaan Deteksi Dini Polio di Fasyankes (Puskesmas) (Nilai terburuk: tidak pernah dilakukan analisis SKDR)	Sebagian besar puskesmas belum memiliki petugas/tim SKDR bersertifikat (<60%). Petugas tidak memahami alur deteksi dini polio.	Tidak pernah dilakukan analisis rutin data SKDR di puskesmas. Pelaporan hanya administratif tanpa tindak lanjut. Tidak ada mekanisme umpan balik dari dinas kesehatan.	Formulir SKDR sering kosong atau tidak tersedia. Buku pedoman deteksi dini polio tidak dimiliki petugas puskesmas.	Tidak ada anggaran khusus untuk analisis SKDR di puskesmas. Honor petugas surveilans tidak dialokasikan.	Komputer dan akses internet di puskesmas terbatas untuk input data SKDR online. Tidak ada software khusus analisis data SKDR otomatis.
2	Media Promosi Kesehatan (Nilai terburuk: tidak ada media promosi kesehatan)	Tidak ada tenaga desainer/grafis di dinas kesehatan. Petugas promkes belum memiliki kemampuan produksi media digital.	Tidak ada strategi komunikasi terencana tentang polio. Promosi hanya dilakukan saat ada perintah, bukan secara rutin.	Tidak tersedia sama sekali media promosi kesehatan (leaflet, poster, booklet, video, spanduk, banner) tentang polio.	Anggaran untuk pengadaan media promosi kesehatan (cetak, desain, produksi video) tidak dialokasikan dalam DAK/DAU.	Kamera, komputer editing, software desain grafis tidak tersedia. Mesin cetak tidak dimiliki internal, harus outsource.

NO	SUBKATEGORI	MAN	METHOD	MATERIAL	MONEY	MACHINE
3	Surveilans SKD (Sistem Kewaspadaan Dini) (Nilai terburuk: hanya sebagian kecil tim memiliki sertifikat)	Hanya sebagian kecil (<40%) anggota TGC yang memiliki sertifikat pelatihan PE dan penanggulangan KLB. Kompetensi analisis ancaman rendah.	Pelaksanaan analisis SKDR hanya setahun sekali (seharusnya minimal bulanan). Hasil analisis tidak disebarluaskan ke RS dan puskesmas secara rutin.	Buku pedoman analisis SKDR tidak tersedia di semua petugas. Tidak ada format baku untuk analisis dan pelaporan ancaman polio.	Anggaran pelatihan sertifikasi petugas SKDR tidak tersedia. Biaya perjalanan dinas supervisi SKDR terbatas.	Tidak ada dashboard kewaspadaan dini berbasis digital untuk analisis real time. Server pengumpulan data SKDR sering down atau lambat.

4. POIN-POINT MASALAH YANG HARUS DITINDAKLANJUTI

Tabel 9: Poin-Poin Masalah yang Harus Ditindaklanjuti

No	Poin Masalah	Kategori	Subkategori Terkait
1	Cakupan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masih rendah, terutama CTPS hanya 45% dari target. Kurangnya sosialisasi berkelanjutan dan keterbatasan sarana CTPS di tempat umum, sekolah, dan rumah ibadah.	Kerentanan	% perilaku sehat (CTPS, PAMMK, SBABS)
2	Cakupan imunisasi polio hanya 65%, jauh di bawah target herd immunity (95%). Penyebabnya antara lain: distribusi tenaga imunisasi tidak merata, pencatatan manual menyebabkan sasaran terlewat, keterbatasan cold chain equipment, dan anggaran operasional sweeping tidak mencukupi.	Kerentanan	% cakupan imunisasi polio 4
3	Sebesar 45% sarana air minum tidak diperiksa dan 45% tidak memenuhi syarat. Kurangnya tenaga sanitarian, jadwal pemeriksaan tidak teratur, peralatan uji kualitas air terbatas, dan anggaran surveilans air minum sangat minim.	Kerentanan	% sarana air minum tidak diperiksa dan tidak memenuhi syarat
4	Tidak ada media promosi kesehatan tentang polio sama sekali (leaflet, poster, spanduk, video, dll). Tidak ada tenaga desainer/grafis di dinas kesehatan, tidak ada strategi komunikasi	Kapasitas	Media Kesehatan Promosi

No	Poin Masalah	Kategori	Subkategori Terkait
	terencana, dan anggaran pengadaan media tidak dialokasikan.		
5	Pelaksanaan deteksi dini polio di puskesmas sangat lemah: tidak pernah dilakukan analisis rutin SKDR, petugas belum bersertifikat (<60%), formulir SKDR sering kosong, komputer dan akses internet terbatas, serta tidak ada anggaran khusus untuk analisis SKDR.	Kapasitas	8c. Pelaksanaan Deteksi Dini Polio di Fasyankes (Puskesmas)

5. REKOMENDASI

Berdasarkan hasil inventarisasi masalah pada subkategori Kerentanan dan Kesiapsiagaan, telah disusun 5 (lima) rekomendasi prioritas yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Toli-Toli. Berikut adalah rekomendasi untuk kewespadaan dini, kesiapsiagaan dan Penanggulangan Polio yang digunakan sebagai dasar perencanaan anggaran dan kegiatan Pemerintah daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Toli-Toli Tahun 2027:

Tabel 10: Penetapan Subkategori Prioritas dan Rekomendasi

NO	SUBKATEGORI	REKOMENDASI	PIC	TIMELINE	KET
1	Media Promosi Kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera mendesain dan mencetak media promosi kesehatan tentang polio (poster, leaflet, spanduk, booklet, dan video edukasi) dalam bahasa yang mudah dipahami masyarakat. 2. Distribusikan ke seluruh puskesmas, posyandu, sekolah, tempat ibadah, dan kantor desa. 3. Manfaatkan media sosial (Instagram, Facebook, TikTok, WhatsApp) dan radio lokal untuk kampanye edukasi secara rutin. 4. Bentuk tim kreatif promkes di Dinkes yang bertugas mengembangkan 	KABID KESMAS dan Pengelola Program Promosi Kesehatan Dinkes	2027	Sumber dana: DAK dan DAU

NO	SUBKATEGORI	REKOMENDASI	PIC	TIMELINE	KET
		konten promosi secara berkelanjutan.			
2	% Cakupan Imunisasi Polio 4	<ol style="list-style-type: none"> Lakukan sweeping/outreach imunisasi secara terjadwal ke desa-desa dengan cakupan rendah, terutama daerah terpencil. Perkuat rantai dingin (cold chain) dengan memastikan ketersediaan vaccine carrier, cool pack, dan lemari pendingin yang berfungsi optimal di setiap puskesmas. Digitalisasi pencatatan dan pelaporan imunisasi (e-POSYANDU/SMDV) untuk mencegah sasaran ganda atau terlewat. Berikan honor insentif bagi kader posyandu yang aktif dan transportasi petugas lapangan. Lakukan sosialisasi untuk mengatasi vaccine hesitancy (keraguan vaksin) melalui tokoh masyarakat dan agama. 	KABID P2, Pengelola Program Imunisasi dan Kepala Puskesmas	2027	Sumber dana: DAK, DAU, dan BOK Puskesmas
3	Pelaksanaan Deteksi Dini Polio di Fasyankes (Puskesmas)	<ol style="list-style-type: none"> Latih/refreshing seluruh petugas surveilans puskesmas tentang alur deteksi dini polio dan analisis SKDR minimal 2 kali setahun. Wajibkan setiap puskesmas 	KABID P2 dan Pengelola Program Surveilans dan Kepala Puskesmas	2027	Sumber dana: DAK dan DAU

NO	SUBKATEGORI	REKOMENDASI	PIC	TIMELINE	KET
		<p>untuk melakukan analisis data SKDR secara rutin setiap bulan dan melaporkan hasilnya ke Dinkes.</p> <p>3. Sediakan formulir SKDR yang cukup, buku pedoman deteksi dini, dan akses internet di setiap puskesmas.</p> <p>4. Terapkan mekanisme umpan balik (feedback) dari Dinkes ke puskesmas atas laporan SKDR yang dikirimkan.</p> <p>5. Alokasikan anggaran khusus untuk kegiatan analisis SKDR (honor petugas, transportasi supervisi, dll).</p>			
4	% Perilaku Hidup Sehat (CTPS, PAMMK, SBABS)	<p>1. Latih kader kesehatan di setiap desa sebagai agen perubahan PHBS dengan fokus pada CTPS dalam pencegahan polio.</p> <p>2. Intensifkan kampanye CTPS di sekolah, tempat ibadah, pasar, dan fasilitas umum minimal 2 kali per bulan.</p> <p>3. Sediakan sarana CTPS (tempat cuci tangan portabel, sabun cair, air mengalir) di semua tempat umum dan fasilitas kesehatan.</p> <p>4. Libatkan tokoh masyarakat, agama, dan guru dalam sosialisasi PHBS secara berkelanjutan.</p> <p>5. Buat lomba desa ber-PHBS untuk</p>	KABID KESMAS dan Pengelola Program Kesmas (PHBS) dan Promosi Kesehatan	2027 (berkelanjutan, evaluasi triwulanan)	Sumber dana: DAK dan DAU

NO	SUBKATEGORI	REKOMENDASI	PIC	TIMELINE	KET
		meningkatkan partisipasi dan motivasi masyarakat.			
5	Surveilans SKD (Sistem Kewaspadaan Dini)	<p>1. Latih dan sertifikasi minimal 80% anggota TGC (Tim Gerak Cepat) dalam pelatihan Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB, termasuk polio.</p> <p>2. Tingkatkan frekuensi analisis SKDR menjadi minimal setiap bulan (bukan setahun sekali) dan hasilnya disebarluaskan ke semua puskesmas dan RS.</p> <p>3. Kembangkan dashboard kewaspadaan dini berbasis digital untuk memudahkan analisis real-time.</p> <p>4. Lakukan simulasi/table-top exercise penanganan KLB polio secara berkala (minimal 1 kali setahun).</p> <p>5. Sediakan anggaran untuk pelatihan, supervisi, dan perjalanan dinas tim SKDR.</p>	Kabid P2, Pengelola Surveilans, dan TGC	2027	Sumber dana: DAK dan DAU

6. TIM PENYUSUN

Tabel 11: Tim Penyusun Rekomendasi

No	Nama	Jabatan	Fungsi
1	M. Nasir H. Hasan Dg. Marumu, S.Pt., S.IP.,M.Si	Kepala Dinas Kesehatan	Penetapan Kebijakan / Pengarah dan Penanggung Jawab Final
2	Teguh Bondan Wiratno, SKM	Sekretaris Dinas Kesehatan	Koordinator Umum Perencanaan Kesehatan / Koordinator Penyusunan Dokumen dan Anggaran
3	Muhammad Faizal, SKM	Kepala Bidang P2	Penetapan Rencana Teknis / Verifikasi Teknis dan Kelayakan Program
4	Tanriwulan Nawir, SKM	Fungsional Epidemiologi Kesehatan Ahli Madya (Pengelola Program Surveilans)	Analisis Rekomendasi/ Penyusun Naskah dan Pengolah Data Risiko

7. PENUTUP

Demikian dokumen Rekomendasi Penanggulangan Penyakit Polio Kabupaten Tolitoli Tahun 2026 ini disusun. Dokumen ini merupakan hasil dari pemetaan risiko yang komprehensif dengan mempertimbangkan tiga aspek utama, yaitu Ancaman (28,58), Kerentanan (8,77), dan Kapasitas (39,56), yang menghasilkan Derajat Risiko RENDAH dengan nilai risiko 6,34.

Akhir kata, semoga dokumen ini bermanfaat sebagai pedoman dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi program pencegahan dan penanggulangan penyakit Polio di Kabupaten Tolitoli.

Toli-Toli, 30 April 2026
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Toli-Toli



M. Nasir H. Hasan Dg. Marumu, S.Pt., S.IP.,M.Si
 Pembina Utama Muda (IV.c)
 NIP.19690917 199703 1 006