



**KAJIAN MANAJEMEN PENYELENGGARAAN PROGRAM
IMUNISASI DIFTERI DI PUSKESMAS SUBOH
KABUPATEN SITUBONDO**

SKRIPSI

Oleh
Windi Syelvia Merindani
NIM 082110101011

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2015



**KAJIAN MANAJEMEN PENYELENGGARAAN PROGRAM
IMUNISASI DIFTERI DI PUSKESMAS SUBOH
KABUPATEN SITUBONDO**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Windi Syelvia Merindani
NIM 082110101011**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayah dan ibu, selaku orang tua yang telah membesarkanku dengan penuh kasih sayang, keikhlasan, mendidik, dan memberikan motivasi yang membangun, memberikan perhatian, tiada hentinya memberikan do'a dan semangat, serta selalu senantiasa berkorban agar aku dapat menyelesaikan pendidikan dan mendapatkan masa depan yang cerah.
2. Adikku dan seluruh keluarga besarku yang telah memberikan dukungan, perhatian, nasehat serta do'a yang telah diberikan.
3. Bapak dan Ibu Guru yang telah mendidikku sejak duduk di bangku Taman Kanak-kanak hingga Sekolah Menengah Atas serta Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan nasehat dengan penuh kesabaran serta menanamkan kedisiplinan;
4. Sahabat seperjuangan yang telah banyak membantu dan memberi semangat untuk terus bertahan dan maju;
5. Agama, Bangsa dan Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang aku banggakan.

MOTTO

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.
Maka apabila kamu telah selesai (dari satu urusan),
kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang lain.
(Terjemahan Surat Al-Insyiroh 6-7)^{*)}

^{*)} Departemen Agama Republik Indonesia. 2005. Al Qur'an dan terjemahnya.
Semarang: PT. Karya Toha Putra

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Windi Syelvia Merindani

NIM : 082110101011

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2015

Yang menyatakan,

Windi Syelvia Merindani

NIM 082110101011

SKRIPSI

**KAJIAN MANAJEMEN PENYELENGGARAAN PROGRAM
IMUNISASI DIFTERI DI PUSKESMAS SUBOH
KABUPATEN SITUBONDO**

Oleh

Windi Syelvia Merindani
NIM 082110101011

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 17 September 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim penguji

Ketua,

Sekretaris,

Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc.
NIP. 19811005 200604 2 002

Anggota,

Heryawan, S.KM., M.Kes.
NIP. 19701026 199803 1 005

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP.19560810 198303 1 003

RINGKASAN

Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo; Windi Syelvia Merindani; 082110101011; 2015; 87 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Difteri adalah suatu penyakit infeksi akut yang sangat menular dan menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat karena prevalensinya yang terus meningkat. Kabupaten Situbondo merupakan salah satu kabupaten yang dinyatakan berstatus KLB difteri karena ditemukannya kasus dan kejadian kematian akibat difteri. Penemuan kasus difteri tertinggi berada di Kecamatan Suboh yaitu terdapat 20 kasus dengan 2 kematian pada tahun 2013 dan 17 kasus pada tahun 2014. Kemampuan penyelenggaraan program imunisasi perlu ditingkatkan agar program imunisasi rutin dapat berjalan dengan baik. Apabila program berjalan dengan baik maka penanggulangan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi khususnya difteri juga dapat berjalan dengan baik. Salah satu penurunan pencapaian program imunisasi di Puskesmas Suboh disebabkan oleh tidak dilakukannya salah satu indikator perencanaan program imunisasi difteri, pelaksana imunisasi yang tidak mendapatkan pelatihan teknis imunisasi serta adanya keterlambatan pelaporan hasil cakupan imunisasi. Tujuan penelitian ini adalah mengkaji manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan jumlah informan sebanyak 9 informan, terdiri dari Kepala Puskesmas Suboh, programmer imunisasi, bidan pelaksana dan perawat. Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan wawancara mendalam, dokumentasi dan triangulasi. Data yang diperoleh selanjutnya dibandingkan dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Hasil penelitian kajian manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo terdiri dari perencanaan,

pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi. Perencanaan program imunisasi di Puskesmas Suboh yang dilakukan terdiri dari menentukan jumlah sasaran berdasarkan jumlah bayi di tiap desa, menentukan target cakupan, menghitung kebutuhan vaksin sesuai dengan jumlah bayi yang akan diimunisasi, dan untuk perencanaan kebutuhan alat suntik, *safety box* serta peralatan *cold chain* tidak dilakukan karena telah ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, sehingga petugas imunisasi tidak merasa berkewajiban menghitung kebutuhan peralatan tersebut. Pelaksanaan program imunisasi di Puskesmas Suboh dapat dikatakan belum sepenuhnya berjalan sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. Permasalahan pada pelaksanaan yang belum berjalan dikarenakan sumber daya manusia yang kurang terlatih dan belum pernah mengikuti pelatihan teknis pelaksana imunisasi dan adanya keterlambatan pelaporan hasil capaian imunisasi dari bidan desa ke Kepala Puskesmas. Monitoring program imunisasi telah dilakukan setiap bulan oleh Kepala Puskesmas Suboh, sedangkan evaluasi dilakukan melalui pertemuan di Puskesmas yaitu melalui lokakarya mini dan lokakarya bulanan yang dihadiri oleh pihak internal puskesmas.

SUMMARY

Management of Diphtheria Immunization Program Implementation at Suboh Public Health Center, Situbondo; Windi Syelvia Merindani; 0812110101011; 2015; 87 pages; Department of Administration and Health Policy, Public Health Faculty, Jember University

Diphtheria is an acute infectious disease which is highly contagious and became one of the public health problems because of its increasing prevalence. Situbondo is one of the district which is declared status of outbreaks diphtheria because the incidence of deaths cases and the incidence has been found in Situbondo. The highest diphtheria cases is found in Suboh Sub district that there were 20 cases with 2 mortalities at 2013 and 17 cases in 2014. The implementation of immunization programs must be improved then the routine immunization programs can be run properly. If the program runs well, the prevention of diseases can be prevented by immunization, especially diphtheria. The causing of the achievement reduction of immunization programs in Suboh Health Centre was caused by the diphtheria immunization program planning didn't fulfill the indicator, the immunization officer who did not get immunized technical training as well as the delay in reporting the results of immunization coverage.

The purpose of this study was to assess the management of diphtheria immunization programs in Suboh Public Health Center Situbondo. The research was a qualitative research by 9 respondents which were consisting of the Head of Suboh Public Health Center, immunization programmer, midwives and nurse. Data collected by interviews, documentation and triangulation technique. The data comparing by the contents of a relate documents.

The Results of this study consists of planning, implementation, monitoring and evaluation. The immunization planning programs in Suboh Public Health Center consisted of determining the amount of the target based on the number of infants in each village, to determine the target coverage, calculating vaccine needs

in accordance with the number of infants immunized, whereas for syringes planning, safety boxes and equipment cold chain were not done because it has been determined by the Health Department of Situbondo, It means the workers did not have obligation to calculate immunization equipment. The Immunization programs in Suboh Public Health Center Suboh did not run well with the the Implementation of Immunization Guidelines. The implementation problems were the lack of human resources trained; the officers were not participated in technical training implementing immunization and delayed reporting the results of the immunization achievements from midwife to the health center principal. The monitoring immunization program has been carried out each month by the Head of Suboh Public Health Center, while the evaluation was conducted through the mini and monthly workshops which were attended by the officer from Health centre department.

PRAKATA

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo*. Skripsi ini disusun guna memenuhi persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam penyusunan skripsi ini saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes., dan Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran hingga terwujudnya skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku ketua penguji skripsi.
4. dr. Ragil Ismi Hartanti, M.Sc., selaku sekretaris penguji skripsi.
5. Heryawan, S.KM., M.Si., selaku anggota penguji skripsi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo yang telah menyediakan waktunya untuk memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi.
6. dr. Reny Wahyuningrum, selaku Kepala Puskesmas Suboh.
7. Seluruh dosen dan staf karyawan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan akademis serta dukungan administrasi.
8. Seluruh bidan, perawat dan staf karyawan Puskesmas Suboh yang telah memberi ijin untuk pengambilan data dalam penelitian ini.
9. Kedua orang tua, adik dan saudara-saudaraku, terimakasih atas do'a, nasehat dan dorongan semangat yang diberikan.

10. Dan tidak lupa saya ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada teman-teman peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan atas bantuan, nasehat, teguran, semangat, do'a dan juga perhatian sehingga saya dapat termotivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
11. Serta semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu yang telah membantu saya selama melaksanakan penelitian sampai terselesaikannya skripsi ini.

Saya mengharapkan semoga dari hasil skripsi ini dapat diperoleh manfaat dan tambahan ilmu pengetahuan bagi penulis dan pembaca, khususnya pembaca yang seprofesi. Akhir kata, saya mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca demi kesempurnaan penulisan selanjutnya. Atas perhatian dan dukungannya, saya menyampaikan terima kasih.

Jember, Juni 2015

Penulis

DAFTAR ISI

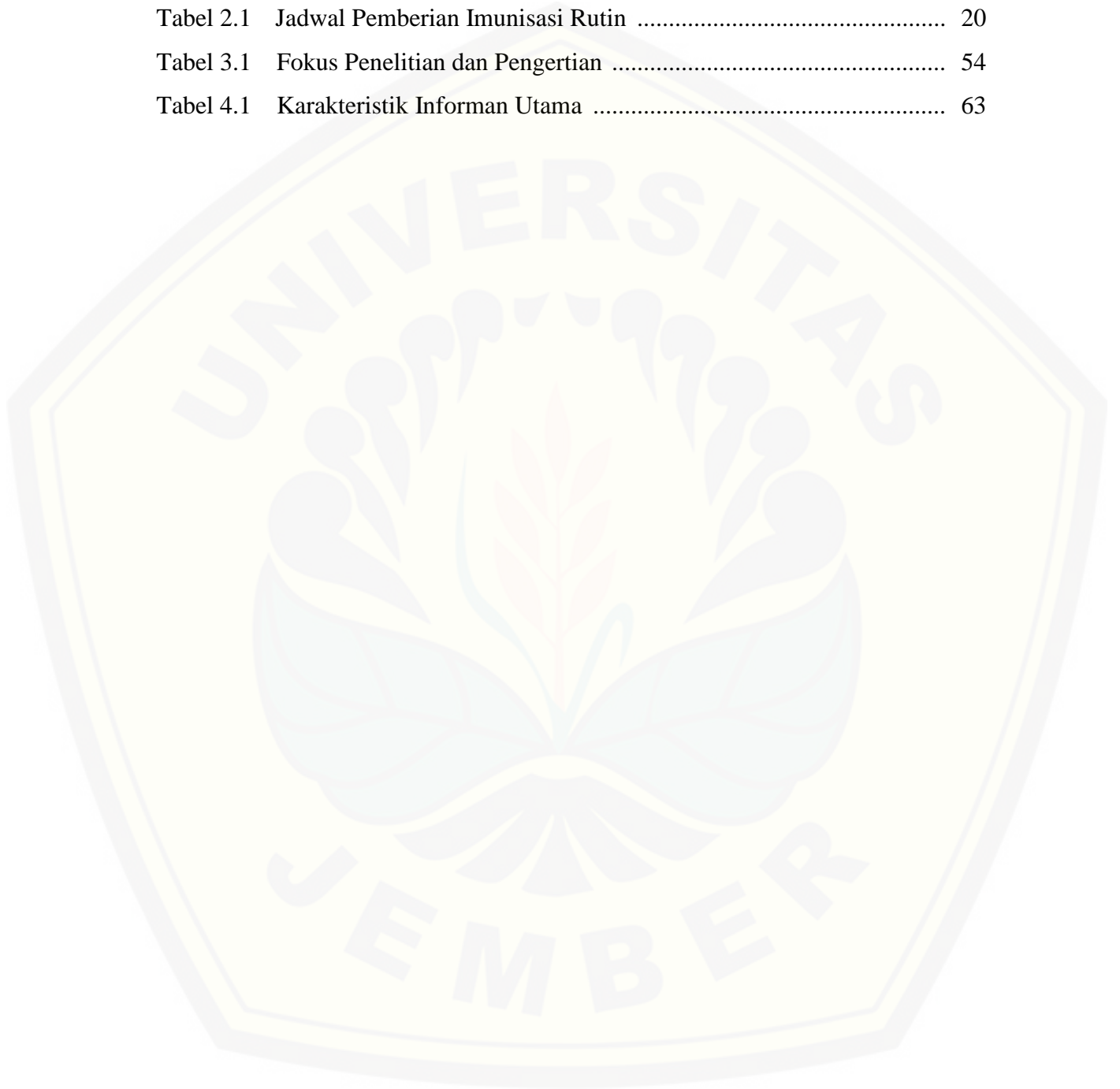
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Difteri	7
2.1.1 Difteri	7
2.1.2 Penanggulangan KLB Difteri	7
2.2 Imunisasi	8
2.2.1 Pengertian Imunisasi	8
2.2.2 Program Imunisasi	9
2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kekebalan	12
2.2.4 PD3I	13

2.4 Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi	16
2.3.1 Perencanaan Program Imunisasi	16
2.3.2 Pelaksanaan Program Imunisasi	19
2.3.3 Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi	29
2.3 Konsep Puskesmas	33
2.4.1 Pengertian dan Peran Puskesmas Dalam Imunisasi	33
2.4.2 Visi Puskesmas	35
2.4.3 Misi Puskesmas	35
2.4.4 Prinsip Penyelenggaraan, Tujuan dan Fungsi Puskesmas	36
2.4.5 Upaya Kesehatan di Puskesmas	38
2.4.6 Manajemen Puskesmas	40
2.4 Pendekatan Sistem	47
2.5.1 Pengertian Sistem	47
2.5.2 Sistem Dalam Penyelenggaraan Program Imunisasi	47
2.5 Kerangka Teori	50
2.6 Kerangka Konseptual Penelitian	51
BAB 3. METODE PENELITIAN	53
3.1 Jenis Penelitian	53
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	53
3.3 Penentuan Informan Penelitian	53
3.4 Fokus Penelitian dan Pengertian	54
3.5 Data dan Sumber Data	56
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	57
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	59
3.8 Alur Penelitian	62
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	63
4.1 Hasil Penelitian	63
4.1.1 Karakteristik Informan	63
4.1.2 Gambaran Perencanaan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh	64

4.1.3 Gambaran Pelaksanaan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh	67
4.1.4 Gambaran Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh	72
4.2 Pembahasan	74
4.2.1 Gambaran Perencanaan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh	74
4.2.2 Gambaran Pelaksanaan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh	77
4.2.3 Gambaran Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh	80
BAB 5. PENUTUP	83
5.1 Kesimpulan	83
5.2 Saran	83
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

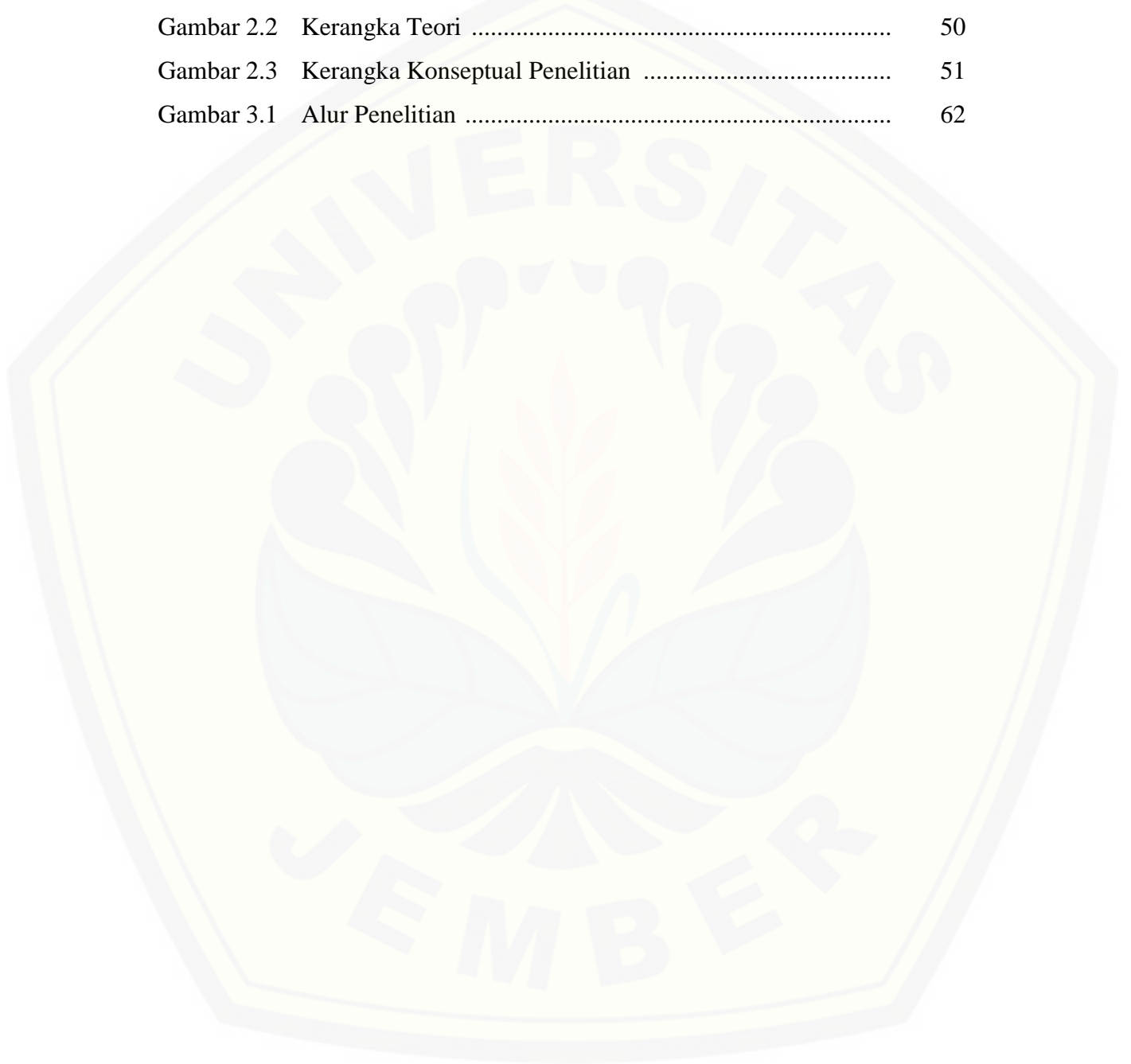
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Rutin	20
Tabel 3.1 Fokus Penelitian dan Pengertian	54
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Utama	63



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Hubungan Unsur-unsur Sistem	49
Gambar 2.2 Kerangka Teori	50
Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Penelitian	51
Gambar 3.1 Alur Penelitian	62



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Pengantar Panduan Wawancara

Lampiran B. Lembar Persetujuan

Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Kunci

Lampiran D. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama

Lampiran E. Lembar Observasi

Lampiran F. SOP Pelayanan Imunisasi

Lampiran G. SOP Pemberian Imunisasi DPT

Lampiran H. POA Imunisasi

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan bidang kesehatan di Indonesia saat ini mempunyai beban ganda (*double burden*). *Double burden* merupakan suatu keadaan dimana penyakit menular masih merupakan masalah, sementara penyakit degeneratif juga muncul sebagai masalah. Salah satu upaya pemberantasan penyakit menular adalah melalui upaya pengebalan (imunisasi). Dengan tersedianya vaksin yang dapat mencegah penyakit menular tertentu, maka tindakan pencegahan untuk mencegah berpindahnya penyakit dari satu daerah atau negara ke negara lain dapat dilakukan dalam waktu relatif singkat dan dengan hasil yang efektif (Kepmenkes, 2005).

Program imunisasi di Indonesia telah dilaksanakan sejak tahun 1956. Upaya ini merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling efektif. Dengan upaya imunisasi terbukti bahwa penyakit cacar telah terbasmi dan Indonesia dinyatakan bebas dari penyakit cacar sejak tahun 1974. Sejak tahun 1977, upaya imunisasi diperluas menjadi PD3I dalam rangka pencegahan penularan terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi. Adapun penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) antara lain difteri, pertusis, tetanus, campak, polio dan hepatitis B. Penyakit-penyakit ini timbul karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya imunisasi (Depkes RI, 2005).

Penyelenggaraan program imunisasi di Indonesia ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1611/Menkes/SK/II/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi, yang menyebutkan bahwa imunisasi merupakan salah satu upaya preventif untuk mencegah penyakit melalui pemberian zat kekebalan tubuh, harus dilaksanakan secara terus-menerus, menyeluruh dan dilaksanakan sesuai standar sehingga mampu memberikan perlindungan kesehatan dan memutus mata rantai penularan penyakit.

Tujuan imunisasi yaitu menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian pada bayi akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Saat ini ada 5 jenis imunisasi yang termasuk dalam Program Pengembangan Imunisasi di Indonesia, yaitu BCG, DPT HB, Polio, Campak dan Hepatitis. Kelima imunisasi tersebut dikenal dengan LIL (Lima Imunisasi Dasar Lengkap) merupakan imunisasi wajib bagi anak dibawah 1 tahun (Depkes RI, 2006).

Program imunisasi merupakan sub sistem dari pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif, selain itu imunisasi merupakan upaya yang sangat penting dalam mencegah penyakit karena manfaatnya dapat dirasakan oleh orang banyak. Pelaksanaan program imunisasi secara nyata dilaksanakan di puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan. Pelaksanaan imunisasi di puskesmas merupakan unsur yang sangat penting, karena puskesmas mempunyai tanggung jawab yang besar dalam keberhasilan program imunisasi. Salah satu indikator keberhasilan program imunisasi adalah tercapainya *Universal Child Immunization* (UCI) secara merata di tingkat desa (Ariebowo, 2005).

Difteri adalah suatu penyakit infeksi akut yang sangat menular, disebabkan oleh *Corynebacterium diphtheriae* dengan ditandai pembentukan pseudomembran pada kulit dan mukosa. Difteri menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat karena prevalensinya yang terus meningkat. Prevalensi difteri di Indonesia terus melonjak dan mewabah di 11 provinsi di Indonesia, pada tahun 2011 terjadi 183 kasus dengan 4 kematian dan meningkat pada tahun 2012 dengan jumlah kasus sebesar 189 kasus dengan 7 kematian. Pada tahun 2013 terdapat 385 kasus dengan 24 kematian yang menyebar di 8 provinsi di Indonesia. Jumlah kasusnya terus meningkat hingga pada tahun 2014 terdapat 806 kasus dengan 38 kematian (Depkes, 2014).

Difteri masih menjadi masalah kesehatan yang serius di Indonesia. Provinsi Jawa Timur merupakan penyumbang 83% kasus difteri di Indonesia. Hingga saat ini perkembangan kasus difteri di Jawa Timur belum dapat dihentikan dan terdapat kecenderungan kenaikan kasus difteri dari tahun ke tahun, dengan

jumlah kasus difteri pada tahun 2012 sebanyak 304 kasus dengan 11 kematian dan pada tahun 2013 meningkat menjadi 664 kasus difteri dengan 20 kematian. Sepanjang tahun 2014 sudah tercatat sebanyak 702 kasus difteri dengan 28 kematian. (Dinkes Jatim, 2014).

Berdasarkan hal diatas, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sejak tanggal 10 Oktober 2012 telah menetapkan Kejadian Luar Biasa (KLB) terhadap penyakit difteri untuk seluruh wilayah kerja Jawa Timur. Kabupaten Situbondo yang termasuk sebagai wilayah Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu kabupaten yang dinyatakan berstatus KLB difteri dikarenakan oleh penemuan kasus dan kejadian kematian akibat difteri (Dinkes Jatim, 2014).

Kabupaten Situbondo memiliki 17 puskesmas dimana pada tahun 2012 terdapat 8 puskesmas yang sudah berstatus UCI, dan pada tahun 2013 meningkat menjadi 12 puskesmas yang berstatus UCI. Kabupaten Situbondo merupakan salah satu kabupaten di Jawa Timur yang mengalami peningkatan jumlah kasus difteri yang cukup tinggi yaitu 15 kasus pada tahun 2011 dan meningkat menjadi 38 kasus dengan 2 kematian pada tahun 2012. Pada tahun 2013, Kabupaten Situbondo adalah kabupaten dengan kasus difteri terbanyak se-Jawa Timur dengan peningkatan jumlah kasus difteri yang sangat drastis yaitu mencapai 129 kasus dengan 7 kematian. Sedangkan pada tahun 2014 terdapat 63 kasus difteri dengan 9 kematian (Dinkes Kab. Situbondo, 2014).

Wilayah kecamatan dengan kasus difteri tertinggi pada tahun 2011 yaitu kecamatan Sumbermalang dengan 8 kasus, pada tahun 2012 wilayah kecamatan dengan kasus difteri tertinggi yaitu kecamatan Banyuputih dengan 16 kasus. Tahun 2013 jumlah kasus difteri semakin meningkat dengan kasus difteri tertinggi berada di kecamatan Suboh yaitu terdapat 20 kasus dengan 2 kematian dan 17 kasus pada tahun 2014 (Puskesmas Suboh, 2014).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo bahwa cakupan kelengkapan imunisasi DPT/HB-3 di Puskesmas Suboh sebesar 87,7% dan cakupan kelengkapan imunisasi DT di Puskesmas Suboh sebesar 97,4%, padahal indikator cakupan kelengkapan imunisasi DPT/HB-3 harus memenuhi target pencapaiannya sebesar >90% dan indikator cakupan kelengkapan imunisasi DT

>100% di setiap kecamatan di Kabupaten Situbondo. Hanya satu kecamatan yang terbebas dari kasus difteri dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2013 yaitu kecamatan Banyuglugur. Hal ini dapat diindikasikan bahwa Kecamatan Banyuglugur telah memenuhi cakupan kelengkapan imunisasi yang baik yaitu memenuhi target $\geq 90\%$ untuk imunisasi DPT/HB-3 dan $\geq 100\%$ untuk imunisasi DT (Dinkes Kab. Situbondo, 2013).

Dalam upaya mengurangi jumlah kasus difteri yang ada di Kabupaten Situbondo, dalam kurun waktu 2 tahun Dinas Kabupaten Situbondo mengadakan Sub Pin Difteri. Sub Pin difteri pertama dilakukan pada bulan Oktober 2012, Sub Pin difteri kedua dilakukan pada bulan Juni 2013 dan Sub Pin difteri ketiga dilakukan pada bulan November 2013 (Dinkes Kab. Situbondo, 2013).

Penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh dapat dikatakan belum berjalan sesuai dengan ketentuan yang ada pada Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. Salah satu penurunan pencapaian program imunisasi di Puskesmas Suboh dikarenakan akibat kualitas sumber daya manusia (SDM) yaitu petugas imunisasi yang kurang mendapatkan pelatihan tentang mekanisme penyelenggaraan program imunisasi, petugas yang mempunyai beban kerja rangkap, terlambatnya pelaporan petugas surveilans dari puskesmas dan rumah sakit ke surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten sehingga penanganan kasus di lapangan juga terlambat dan penyebaran penyakit semakin luas, dan kemampuan manajemen, terutama dalam perencanaan program imunisasi. Keberhasilan suatu program dipengaruhi oleh fungsi manajemen yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, dan pengawasan (Azwar, 1998).

Pada penelitian tentang manajemen program imunisasi yang dilakukan oleh Subagio (2003) tentang kajian fungsi manajemen puskesmas dalam program imunisasi di Kabupaten Pelalawan-Riau tahun 2003 menyatakan bahwa masih banyak desa-desa yang belum mencapai UCI ini disebabkan oleh faktor manajemen puskesmas khususnya manajemen program imunisasi. Pernyataan terkait faktor yang dominan adalah kemampuan manajemen program imunisasi yang sesuai dengan beberapa penelitian diantaranya penelitian yang dilakukan

oleh Sahara (2001) tentang manajemen program imunisasi menyatakan bahwa variabel yang paling dominan mempengaruhi cakupan imunisasi campak adalah supervisi, dimana supervisi ini merupakan salah satu indikator dalam pelaksanaan program imunisasi. Oleh sebab itu, dalam penelitian ini penulis bermaksud untuk mengetahui lebih dalam lagi mengenai manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan fenomena yang terdapat pada latar belakang penelitian, maka masalah yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah “Bagaimana manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji proses perencanaan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.
2. Mengkaji proses pelaksanaan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.
3. Mengkaji monitoring dan evaluasi program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan terkait dengan manajemen penyelenggaraan program imunisasi di wilayah kerja puskesmas.

1.4.2 Bagi Puskesmas di Kabupaten Situbondo

Sebagai bahan masukan bagi puskesmas untuk perbaikan manajemen penyelenggaraan program imunisasi dan sebagai bahan informasi dalam upaya peningkatan pelayanan program imunisasi di wilayah kerja puskesmas.

1.4.3 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo

Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo untuk perbaikan kebijakan penyelenggaraan program imunisasi dan sebagai bahan informasi dalam upaya peningkatan pelayanan program imunisasi di tingkat puskesmas.

1.4.4 Bagi Masyarakat Kabupaten Situbondo

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan informasi tentang PD3I khususnya difteri bagi masyarakat di Kabupaten Situbondo, sehingga angka kesakitan, kecatatan dan kematian akibat PD3I dapat dikendalikan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Difteri

2.1.1 Difteri (Difteria)

Difteria adalah suatu penyakit bakteri akut terutama menyerang tonsil, faring, laring, hidung, adakalanya menyerang selaput lendir atau kulit serta kadang-kadang konjungtiva atau vagina (Soegijanto, 2004). Timbulnya lesi yang khas disebabkan oleh *cytotoxin* spesifik yang dilepas oleh bakteri. Pada kasus-kasus yang sedang dan berat ditandai dengan pembengkakan dan *oedema* di leher dengan pembentukan membran pada trachea secara ekstensif dan dapat terjadi obstruksi jalan napas. Difteri hidung biasanya ringan dan kronis dengan salah satu rongga hidung tersumbat dan terjadi *ekskorisasi* (ledes) (Dinkes Provinsi Jatim, 2011).

Tingkat kematian kasus mencapai 5-10% untuk difteri noncutaneous, angka ini tidak banyak berubah selama 50 tahun. Bentuk lesi pada difteria kulit bermacam-macam dan tidak dapat dibedakan dari lesi penyakit kulit yang lain, bisa seperti atau merupakan bagian dari impetigo. Pengaruh toksin difteria pada lesi perifer tidak jelas. Difteria sebaiknya selalu dipikirkan dalam membuat diferensial diagnosa pada infeksi bakteri (khususnya *streptococcus*) dan *viral pharyngitis*, *Vincent's angina*, *mononucleosis infeksiosa*, *syphilis* pada mulut dan *candidiasis*. Diagnosa difteri dikonfirmasi dengan pemeriksaan bakteriologis terhadap sediaan yang diambil dari lesi (Dinkes Provinsi Jatim, 2011).

2.1.2 Penanggulangan KLB Difteri

Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) terhadap penyakit difteri dilakukan secara bertahap yaitu penanggulangan tahap awal dan penanggulangan dengan pelaksanaan SUB PIN Difteri secara serentak.

a. Penanggulangan KLB pada tahap awal

Penanggulangan KLB tahap awal yang dilakukan adalah dengan:

- 1) Sosialisasi ke semua unit pelayanan kesehatan
- 2) Penemuan kasus difteri secara dini

- 3) Perawatan penderita yang standar
- 4) Pemberian profilaksis terhadap kontak erat penderita
- 5) Serta pemberian imunisasi massal atau *Outbreak Response Immunization* (ORI) secara terbatas di wilayah KLB

Kelima langkah tersebut dilakukan secara berkesinambungan dengan melakukan koordinasi dan advokasi secara lintas sektoral di setiap daerah.

Khusus untuk imunisasi massal yang diberikan secara terbatas/*Outbreak Response Immunization* diberikan kepada murid SD dari kelas IV, V dan VI serta murid SMP dari kelas VII, VIII dan XI.

b. Penanggulangan KLB dengan SUB PIN Difteri

Pelaksanaan Sub Pin Difteri dilakukan karena mengingat terus meningkatnya kejadian kasus Difteri. Kegiatan Sub Pin Difteri ini merupakan suatu kegiatan imunisasi tambahan secara serentak sebagai upaya meningkatkan ketahanan dan melindungi masyarakat terhadap penyakit difteri, sehingga diharapkan dapat memutuskan mata rantai penularan. Sasaran pada imunisasi tambahan ini adalah kelompok usia 2 bulan sampai dengan 15 tahun.

c. Penanggulangan KLB dengan SUB PIN Difteri

Pelaksanaan Sub Pin Difteri dilakukan karena mengingat terus meningkatnya kejadian kasus Difteri. Kegiatan Sub Pin Difteri ini merupakan suatu kegiatan imunisasi tambahan secara serentak sebagai upaya meningkatkan ketahanan dan melindungi masyarakat terhadap penyakit difteri, sehingga diharapkan dapat memutuskan mata rantai penularan. Sasaran pada imunisasi tambahan ini adalah kelompok usia 2 bulan sampai dengan 15 tahun.

2.2 Imunisasi

2.2.1 Pengertian Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata imun yang berarti kebal atau resisten. Imunisasi merupakan suatu program yang dengan sengaja memasukkan antigen lemah agar merangsang antibodi keluar sehingga tubuh dapat resisten terhadap penyakit tertentu (Proverawati, 2010).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No.1611/Menkes/SK/XI/2005 imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau sakit ringan. Sasaran imunisasi adalah bayi (di bawah satu tahun), Wanita Usia Subur (WUS) ialah wanita berusia 15-39 tahun termasuk ibu hamil dan calon pengantin serta anak usia sekolah tingkat dasar.

Imunisasi merangsang pembentukan antibodi dan kekebalan seluler yang spesifik terhadap kuman-kuman atau racun tertentu, sehingga bekerja lebih cepat, efektif dan efisien untuk mencegah penularan penyakit yang berbahaya. Imunisasi sebagai salah satu upaya preventif untuk mencegah penyakit melalui pemberian kekebalan tubuh ini harus dilakukan secara terus-menerus, menyeluruh dan sesuai standar sehingga mampu memberikan perlindungan kesehatan dan memutus mata rantai penularan (Soedjatmiko, 2012).

2.2.2 Program Imunisasi

Upaya imunisasi diselenggarakan di Indonesia sejak tahun 1956. Upaya ini merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling *effective cost*. Dengan upaya imunisasi terbukti bahwa penyakit cacar telah terbasmi dan Indonesia dinyatakan bebas dari penyakit cacar sejak tahun 1974. Sejak tahun 1977, upaya imunisasi diperluas menjadi Program Pengembangan Imunisasi dalam rangka pencegahan penularan terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah Difteri, Pertusis, Tetanus, Tuberculosis, Campak, Poliomyelitis dan Hepatitis B (Depkes RI, 2005).

Jenis-jenis imunisasi dalam program imunisasi adalah imunisasi BCG (*Bacillus Calmette Guerin*), imunisasi DPT (Difteri, Pertusis dan Tetanus), imunisasi campak, imunisasi polio, dan imunisasi hepatitis B. Menurut Kepmenkes (2005) kegiatan dalam program imunisasi terdiri dari :

a. Kegiatan Imunisasi Rutin

Kegiatan imunisasi rutin adalah kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus-menerus harus dilakukan pada periode waktu yang telah ditentukan. Kegiatan ini telah terbukti efektif dan efisien. Kegiatan ini terdiri atas:

- 1) Imunisasi dasar pada bayi
- 2) Imunisasi pada Wanita Usia Subur (WUS)
- 3) Imunisasi pada anak usia sekolah

Pada kegiatan imunisasi rutin terdapat kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk melengkapi imunisasi rutin pada bayi dan wanita usia subur (WUS) seperti kegiatan *sweeping* pada bayi dan kegiatan akselerasi *Maternal Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE) pada WUS. Berdasarkan tempat pelayanan, imunisasi rutin dibagi menjadi:

- 1) Pelayanan imunisasi di dalam gedung (komponen statis) dilaksanakan di puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit, rumah bersalin dan polindes.
- 2) Pelayanan imunisasi di luar gedung dilaksanakan di posyandu, kunjungan rumah dan sekolah.
- 3) Pelayanan imunisasi rutin juga diselenggarakan oleh swasta seperti: rumah sakit, swasta, dokter praktik dan bidan praktik.

b. Imunisasi Tambahan

Merupakan kegiatan imunisasi yang dilakukan atas dasar ditemukannya masalah dari hasil pemantauan atau evaluasi. Kegiatan ini tidak rutin dilakukan, karena hanya ditujukan untuk menanggulangi penyakit tertentu. Berikut beberapa kegiatan imunisasi tambahan:

1) *Backlog fighting*

Merupakan upaya aktif dalam melengkapi imunisasi dasar pada anak yang berumur 1-3 tahun. Sasaran utama dari *backlog fighting* adalah desa atau kelurahan yang belum mencapai desa UCI selama dua tahun berturut-turut. *Universal Child Immunization* (UCI) adalah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), ibu hamil, wanita usia subur dan anak usia sekolah tingkat dasar. Imunisasi dasar lengkap pada bayi

meliputi: 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis polio, 4 dosis hepatitis B dan 1 dosis campak. Pada ibu hamil dan wanita usia subur meliputi 2 dosis TT. Untuk anak usia sekolah tingkat dasar meliputi 1 dosis DT, 1 dosis campak dan 2 dosis TT.

2) *Crash program*

Kegiatan ini ditujukan untuk wilayah yang memerlukan intervensi secara cepat karena masalah khusus seperti:

- a) Angka kematian bayi tinggi, angka PD3I tinggi.
- b) Infrastruktur (tenaga, sarana, dana) kurang.
- c) Untuk memberikan kekebalan pada kelompok sasaran yang belum mendapatkan pada saat imunisasi rutin.

Karena biasanya kegiatan ini menggunakan biaya dan tenaga yang banyak serta waktu yang relatif panjang, maka perlu diikuti pemantauan, supervisi dan evaluasi. Indikatornya perlu ditetapkan misalnya cakupan DPT-1 dan DPT-3/campak untuk indikator pemantauan cakupan dan angka morbiditas dan atau angka mortalitas untuk indikator penilaian dampak (evaluasi). Hasil sebelum dan sesudah *crash program* menunjukkan keberhasilan program tersebut.

3) Imunisasi Dalam Penanganan KLB (*Outbreak Respons*)

Pedoman pelaksanaan imunisasi adalah penanganan KLB disesuaikan situasi epidemiologi penyakit.

- 4) Kegiatan-kegiatan imunisasi massal untuk antigen tertentu dalam wilayah yang luas dan waktu yang tertentu, dalam rangka pemutusan mata rantai penyakit antara lain (Kepmenkes, 2005):

a) Pekan Imunisasi Nasional (PIN)

Merupakan suatu upaya yang dilaksanakan serentak secara nasional untuk mempercepat pemutusan siklus kehidupan virus polio importasi dengan cara memberikan vaksin polio kepada setiap balita termasuk bayi baru lahir tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya. Pemberian imunisasi polio pada waktu PIN disamping untuk memutus

rantai penularan, juga berguna sebagai booster atau imunisasi ulangan polio.

b) Sub Pekan Imunisasi Nasional

Merupakan suatu upaya untuk memutuskan rantai penularan polio bila ditemukan satu kasus polio dalam interval satu bulan secara serentak pada seluruh sasaran berumur kurang dari satu tahun.

c) *Catch-up Campaign* Campak

Merupakan upaya untuk memutuskan transmisi penularan virus campak pada anak usia sekolah dan balita. Kegiatan ini dilakukan dengan pemberian imunisasi campak secara serentak pada anak sekolah dasar tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya. Pemberian imunisasi campak selain untuk memutus rantai penularan juga berguna sebagai booster atau imunisasi ulangan (dosis kedua).

2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kekebalan

a. Macam Kekebalan

Kekebalan terhadap suatu penyakit menular dapat digolongkan menjadi dua, yakni:

1) Kekebalan Tidak Spesifik (*Non Specific Resistance*)

Yang dimaksud dengan faktor-faktor non khusus adalah pertahanan tubuh manusia yang secara alamiah dapat melindungi badan dari suatu penyakit, misal kulit, air mata, cairan-cairan khusus yang keluar dari perut (usus), adanya reflek-reflek tertentu misalnya batuk, bersin dan sebagainya.

2) Kekebalan Spesifik (*Spesific Resistance*)

Kekebalan spesifik dapat diperoleh dari dua sumber yakni:

a) Genetik

Kekebalan yang berasal dari sumber genetik ini biasanya berhubungan dengan ras (warna kulit dan kelompok-kelompok etnis). Misalnya orang kulit hitam (negro) cenderung lebih resisten terhadap penyakit malaria jenis *vivax*. Contoh lain, orang yang mempunyai hemoglobin S lebih

resisten terhadap penyakit *Plasmodium Falciparum* daripada orang yang mempunyai hemoglobin AA.

b) Kekebalan yang diperoleh (*acquired immunity*)

Kekebalan ini diperoleh dari luar tubuh anak atau orang yang bersangkutan. Kekebalan dapat bersifat aktif dan dapat bersifat pasif. Kekebalan aktif dapat diperoleh setelah orang sembuh dari penyakit tertentu. Misalnya anak yang telah sembuh dari penyakit campak maka ia akan kebal terhadap penyakit campak. Kekebalan aktif juga dapat diperoleh melalui imunisasi, yang berarti ke dalam tubuh dimasukkan organisme patogen (bibit) penyakit. Kekebalan pasif diperoleh dari ibu melalui plasenta. Ibu yang telah memperoleh kekebalan terhadap penyakit tertentu, misalnya campak, malaria dan tetanus maka anak yang dilahirkan akan memperoleh kekebalan terhadap penyakit tersebut untuk beberapa bulan pertama. Kekebalan pasif juga dapat diperoleh melalui serum anti body dari manusia atau binatang. Kekebalan pasif ini hanya bersifat sementara (dalam waktu pendek saja).

Banyak faktor yang mempengaruhi kekebalan, antara lain:

a) Umur

Untuk beberapa penyakit tertentu pada bayi (anak balita), dan orang tua lebih mudah terserang. Dengan kata lain, orang pada usia sangat muda atau usia lebih rentan, kurang kebal terhadap penyakit-penyakit menular tertentu. Hal ini mungkin disebabkan karena kedua kelompok umur tersebut daya tahan tubuhnya rendah.

b) Sex

Untuk penyakit-penyakit menular tertentu seperti polio dan diphtheria lebih parah terjadi pada wanita daripada pria.

c) Kehamilan

Wanita yang sedang hamil pada umumnya lebih rentan terhadap penyakit-penyakit menular tertentu misalnya penyakit polio, pneumonia, malaria serta amubiasis. Sebaiknya untuk penyakit typhoid dan meningitis jarang terjadi pada wanita pada umumnya.

d) Gizi

Gizi yang baik pada umumnya akan meningkatkan resistensi tubuh terhadap penyakit-penyakit infeksi, tetapi sebaliknya kekurangan gizi berakibat kerentanan seseorang terhadap penyakit infeksi.

e) Trauma

Stres salah satu bentuk trauma adalah merupakan penyebab kerentanan seseorang terhadap suatu penyakit infeksi tertentu.

2.2.4 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

Penyakit – penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi di Indonesia (Depkes RI, 2005) adalah:

a. Diphteri

Adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheria*. Penyebarannya adalah melalui kontak fisik dan pernapasan. Gejala awal penyakit adalah radang tenggorokan, hilang nafsu makan dan demam tinggi. Dalam dua sampai tiga hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil. Diphteri dapat menimbulkan komplikasi berupa gangguan pernapasan yang berakibat kematian.

b. Pertusis

Adalah penyakit pada saluran pernapasan yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertusis*. Penyebaran pertusis adalah melalui tetesan kecil yang keluar dari batuk atau bersin. Gejala penyakit adalah pilek, mata merah, bersin, demam dan batuk ringan yang lama-kelamaan batuk menjadi parah dan menimbulkan batuk menggigil yang cepat dan keras. Komplikasi pertusis adalah *Pneumonia bacterialis* yang dapat menyebabkan kematian.

c. Tetanus

Adalah penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang menghasilkan *neurotoksin*. Penyakit ini tidak menyebar dari orang ke orang, tetapi melalui kotoran yang masuk ke dalam luka yang dalam. Gejala awal penyakit adalah kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam. Pada bayi terdapat juga gejala berhenti menetek

(*sucking*) antara tiga sampai dengan dua puluh delapan hari setelah lahir. Gejala berikutnya adalah kejang yang hebat dan tubuh menjadi kaku. Komplikasi tetanus adalah patah tulang akibat kejang, *pneumonia* dan infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian.

d. Tuberkulosis

Adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (disebut juga batuk darah). Penyakit ini menyebar melalui pernapasan lewat bersin atau batuk. Gejala awal penyakit adalah lemah badan, penurunan berat badan, demam dan keluar keringat pada malam hari. Gejala selanjutnya adalah batuk terus-menerus, nyeri dada dan mungkin batuk darah. Gejala lain tergantung organ yang diserang. Tuberkulosis dapat menyebabkan kelemahan dan kematian.

e. Campak

Adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *Mixovirus viridae measles*. Disebarkan melalui udara sewaktu *droplet* bersin atau batuk dari penderita. Gejala awal penyakit adalah demam, bercak kemerahan, batuk, pilek dan mata merah. Selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian menyebar ke tubuh, tangan dan kaki. Komplikasi campak adalah diare hebat, peradangan pada telinga dan infeksi saluran pernapasan.

f. *Poliomyelitis*

Adalah penyakit pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh satu dari tiga virus yang berhubungan, yaitu virus polio tipe 1, 2 atau 3. Secara klinis penyakit polio adalah anak dibawah umur 15 tahun yang menderita lumpuh layu akut (*Acute Flaccid Paralysis/*AFP). Penyebaran penyakit adalah melalui kotoran manusia yang terkontaminasi. Kelumpuhan dimulai dengan gejala demam, nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama sakit. Kematian bisa terjadi jika otot-otot pernapasan terinfeksi dan tidak segera ditangani.

g. Hepatitis B

Adalah penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati. Penyebaran penyakit adalah dari darah dan produknya melalui suntikan yang

tidak aman, melalui transfusi darah, dari ibu ke bayi selama proses persalinan atau melalui hubungan seksual. Infeksi pada anak seringkali subklinis dan biasanya tidak menimbulkan gejala. Gejala infeksi klinis akut yang ada adalah merasa lemah, gangguan perut dan gejala lain seperti flu. *Urine* menjadi sangat kuning dan kotoran menjadi pucat. Warna kuning juga bisa terlihat pada mata maupun kulit. Penyakit ini bisa menjadi kronis dan menimbulkan kanker hati serta kematian.

2.3 Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi

Program imunisasi diperkenalkan di Indonesia sejak tahun 1956. Imunisasi merupakan andalan program kesehatan dan diatur oleh negara dalam hal ini Departemen Kesehatan. Namun dalam pelaksanaannya, pelayanan imunisasi juga dilakukan oleh swasta dan masyarakat dengan prinsip keterpaduan dan kebersamaan antara berbagai pihak (Achmadi, 2006).

Pengembangan Program Imunisasi (PPI) atau *Expanded Program on Immunization* (EPI) merupakan program pemerintah dalam bidang imunisasi guna mencapai komitmen nasional, yaitu *Universal Child Immunization* (UCI) pada akhir 1982. Namun UCI secara nasional dicapai pada tahun 1990, yaitu cakupan DPT 3, Polio 3 dan campak minimal 8% sebelum umur 1 tahun. Sedangkan cakupan untuk DPT 1, Polio 1 dan BCG minimal 90%. Imunisasi yang termasuk dalam PPI adalah BCG, Polio, DPT, Campak dan Hepatitis B.

Target UCI 80% merupakan tujuan antara (*intermediate goal*), yang berarti cakupan imunisasi untuk BCG, DPT, Polio, Campak dan Hepatitis B harus mencapai 80% baik di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten bahkan di setiap desa. Pencapaian UCI dilakukan dengan berbagai kegiatan.

2.3.1 Perencanaan Program Imunisasi

Perencanaan adalah suatu proses kegiatan yang urut yang harus dilakukan untuk mengatasi permasalahan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia, maka seharusnya kegiatan yang ada dalam proses perencanaan adalah suatu kegiatan yang terangkai

dan harus dilakukan secara menyeluruh untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai, dan akan menjadi sebuah perencanaan yang tidak sempurna apabila satu kegiatan saja tidak dilakukan. Perencanaan merupakan bagian yang sangat penting dalam pengelolaan program imunisasi. Dengan perencanaan yang baik, kegiatan pelayanan imunisasi dapat berjalan dengan baik pula. Pada dasarnya dalam perhitungan kebutuhan pelayanan imunisasi harus berasal dari unit puskesmas untuk menghindari terjadinya kelebihan, kekurangan atau tidak sesuai dengan situasi riil di wilayah kerja. Perencanaan yang dilakukan oleh bidan desa meliputi (Kepmenkes, 2005):

a. Menentukan jumlah sasaran

Kegiatan ini merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting, karena menjadi dasar dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program. Sebelum melakukan perencanaan kebutuhan vaksin terlebih dahulu harus menentukan jumlah sasaran imunisasi dalam satu tahun yang akan dilayani di wilayah kerja masing-masing. Sumber data dapat bermacam-macam, namun untuk keperluan pembinaan diambil kebijaksanaan untuk menggunakan data dari sumber resmi seperti:

- 1) Angka jumlah penduduk, penambahan penduduk serta angka kelahiran diperoleh dari hasil sensus penduduk yang dilakukan oleh Biro Pusat Statistik (BPS) setiap 10 tahun. Selain itu BPS juga melakukan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) pada pertengahan periode 10 tahun tersebut. Untuk angka jumlah penduduk dari tahun-tahun lainnya, BPS membuat proyeksi baik dari hasil Sensus maupun SUPAS.
- 2) Unit terkecil dari hasil sensus adalah desa, dan angka ini menjadi pegangan setiap wilayah administrative untuk melakukan proyeksi. Karena unit terkecil pengambilan *sample* dari SUPAS adalah provinsi, maka ketepatan hasil maupun hasil proyeksinya pun hanya sampai tingkat provinsi. Untuk selanjutnya pengelola program imunisasi melakukan proyeksi untuk mendapatkan jumlah penduduk dan sasaran imunisasi sampai ke tingkat desa. Hal ini seringkali menimbulkan kesenjangan antara angka proyeksi dengan jumlah penduduk yang sebenarnya.

b. Menentukan Target Cakupan

Menentukan target cakupan adalah menetapkan berapa besar cakupan imunisasi yang akan dicapai pada tahun yang direncanakan serta dapat digunakan untuk mengetahui jumlah kebutuhan vaksin yang sebenarnya. Supaya target cakupan UCI desa/kelurahan dapat dicapai dan dipertahankan maka harus dilakukan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Dengan membuat grafik PWS perdesa setiap bulan maka hasil cakupan dapat dianalisis dan kecenderungan dari masing-masing jenis imunisasi dapat diketahui. Dengan demikian dapat segera diketahui kekurangan cakupan dan beban yang harus dicapai setiap bulan pada periode triwulan berikutnya. Apabila hal ini tidak dilakukan maka beban tersebut akan terus menumpuk dan mungkin UCI desa/kelurahan tersebut sulit dicapai pada akhir tahun (Kepmenkes, 2005).

c. Perencanaan Kebutuhan Vaksin

Setelah menghitung jumlah sasaran imunisasi, menentukan target cakupan dan menghitung besarnya IP vaksin, maka data-data tersebut digunakan untuk menghitung kebutuhan vaksin. Dalam menjaga mutu pelayanan, program memperkenalkan kebijaksanaan untuk membuka vial atau membuang sisa vaksin. Dengan demikian maka dosis bersih harus dibagi dengan faktor tahun sebelumnya.

d. Perencanaan Kebutuhan Alat Suntik, *Safety Box* dan *Cold Chain*

Perencanaan kebutuhan alat suntik dan *safety box* tidak dapat dipisahkan dengan perencanaan kebutuhan vaksin. Pada setiap pelayanan penting untuk memperhatikan ketersediaan vaksin dan peralatan alat suntik dengan cukup, jika hal ini tidak tersedia dengan cukup maka sasaran akan pulang tanpa diimunisasi. *Safety box* adalah kotak tempat pembuangan limbah medis tajam dengan tujuan untuk keamanan bagi petugas, sasaran dan masyarakat. Menghitung kebutuhan alat suntik berdasarkan pada jumlah cakupan yang akan dicapai tahun ini dan jumlah dosis pemberian imunisasi.

Setiap obat yang berasal dari bahan biologis harus terlindungi dari sinar matahari, termasuk juga vaksin. Kemasan vaksin harus selalu dipantau untuk menjaga kualitas vaksin. Hal yang harus diperhatikan adalah sistem rantai

vaksin atau *cold chain*. Sarana *cold chain* dibuat secara khusus untuk menjaga potensi vaksin dan setiap jenis *cold chain* sarana mempunyai kelebihan dan kekurangan masing-masing. Peralatan *cold chain* yang cocok digunakan dalam pemberian pelayanan imunisasi di lapangan seperti posyandu adalah *vaccine carrier*. Hal ini dikarenakan *vaccine carrier* dapat mempertahankan suhu relatif lama. Penggunaan *vaccine carrier* harus dilengkapi dengan *cool pack* minimal 4 buah masing-masing 0,1 liter.

2.3.2 Pelaksanaan Program Imunisasi

Keberhasilan program imunisasi sangat ditentukan oleh kualitas penyelenggaraan pelayanan imunisasi oleh petugas imunisasi. Pelaksanaan dalam manajemen program imunisasi bidan desa meliputi kegiatan-kegiatan (Kepmenkes, 2005):

a. Pelayanan

Pelayanan imunisasi meliputi kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1) Persiapan Petugas

Kegiatan ini meliputi: inventarisasi sasaran, persiapan vaksin, peralatan rantai vaksin dan persiapan ADS (*Auto Disable Syringe*) dan *safety box*.

a) Inventarisasi Sasaran

Kegiatan ini dilakukan di tingkat puskesmas dengan mencatat daftar bayi dan ibu hamil/WUS yang dilakukan oleh kader, dukun terlatih, petugas KB dan bidan di desa. Sumber data juga bisa diperoleh di kelurahan, form registrasi bayi/ibu hamil dan PKK.

b) Persiapan Vaksin dan Peralatan Rantai Vaksin

Sebelum melaksanakan imunisasi di lapangan petugas kesehatan harus mempersiapkan vaksin yang akan dibawa. Jumlah vaksin yang dibawa dihitung berdasarkan jumlah sasaran yang akan diimunisasi dibagi dengan dosis efektif vaksin per vial atau ampul. Selain itu juga harus mempersiapkan peralatan rantai vaksin yang akan dipergunakan di lapangan seperti *vaccine carrier* atau *cool pack*.

c) Persiapan ADS (*Auto Disable Syringe*) dan *Safety Box*

Petugas juga harus mempersiapkan ADS dan *safety box* untuk dibawa ke lapangan. Jumlah ADS yang dipersiapkan sesuai dengan jumlah sasaran yang akan diimunisasi. Jumlah *safety box* yang akan dibawa disesuaikan dengan jumlah ADS yang akan dipergunakan dan kapasitas *safety box* yang tersedia.

2) Persiapan Masyarakat

Untuk mensukseskan pelayanan imunisasi, persiapan dan penggerakan masyarakat mutlak harus dilakukan. Kegiatan ini dilakukan dengan melakukan kerjasama lintas program, lintas sektoral, organisasi profesi, LSM dan petugas masyarakat atau kader.

3) Pemberian Pelayanan Imunisasi

Kegiatan pelayanan imunisasi terdiri dari kegiatan imunisasi rutin dan tambahan. Dengan semakin mantapnya unit pelayanan imunisasi, maka proporsi kegiatan imunisasi tambahan semakin kecil.

a) Pelayanan Imunisasi Rutin

Vaksin yang diberikan pada imunisasi rutin pada bayi meliputi: Hepatitis B, BCG, Polio, DPT dan Campak dengan jadwal pemberian dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Rutin

Umur (bulan)	Vaksin	Tempat
0	HB1	Rumah
1	BCG, Polio 1	Posyandu atau tempat pelayanan lain
2	DPT1, HB2, Polio 2	Posyandu atau tempat pelayanan lain
3	DPT2, HB3, Polio 3	Posyandu atau tempat pelayanan lain
4	DPT3, Polio 4	Posyandu atau tempat pelayanan lain
9	Campak	Posyandu atau tempat pelayanan lain

Sumber: Kepmenkes, 2005

Dengan membuat jadwal imunisasi rutin maka pemberian imunisasi tambahan akan semakin kecil. Pelayanan imunisasi rutin di posyandu diatur mengikuti sistem pelayanan lima meja. Bila pengunjung datang dapat dilakukan pendataan sasaran dan sebelum pelayanan dimulai diberikan penyuluhan kelompok. Selama pemberian imunisasi dilakukan segera setelah pelayanan baik di KMS maupun di buku

catatan hasil imunisasi bayi dan ibu (buku merah dan kuning). Kunjungan rumah dilakukan untuk pemberian imunisasi HB (0-7 hari) yang lahir di rumah. Setelah selesai pelayanan di posyandu dan kunjungan rumah hasil cakupan imunisasi serta masalah yang ditemukan didiskusikan dengan kader. Demikian pula sebelum pulang, petugas melaporkan hasil kegiatan serta masalah yang ditemukan di lapangan kepada kepala desa atau pamong. Sesampai puskesmas, hasil kegiatan di lapangan hari itu direkap di buku biru (catatan imunisasi puskesmas).

b) Pelayanan Imunisasi Tambahan

Pelayanan imunisasi tambahan hanya dilakukan atas dasar ditemukannya masalah dari hasil pemantauan atau evaluasi. Meskipun beberapa diantaranya telah memiliki langkah-langkah yang baku, namun karena ditujukan untuk mengatasi masalah tertentu maka tidak dapat diterapkan secara rutin.

4) Koordinasi

Program imunisasi dituntut untuk melaksanakan ketentuan program secara efektif dan efisien. Untuk itu pengelola program imunisasi harus dapat menjalankan fungsi koordinasi dengan baik. Koordinasi yang dilakukan terdiri dari kerjasama lintas program dan kerjasama lintas sektoral.

a) Kerjasama Lintas Program

Pada semua tingkat administrasi, pengelola program imunisasi diharapkan mengadakan kerjasama dengan program lain di bidang kesehatan. Beberapa bentuk kerjasama yang telah dirintis antara lain:

- (1) Keterpaduan KIA – Imunisasi
- (2) Keterpaduan Imunisasi – Surveilans
- (3) Keterpaduan KB – Kesehatan (Imunisasi, Gizi, Diare, KIA, KB)
- (4) Keterpaduan UKS – Imunisasi

b) Kerjasama Lintas Sektoral

Pada setiap tingkat administrasi, pengelola program imunisasi harus mengisi kegiatan untuk membina kerjasama lintas sektoral yang telah berbentuk, yaitu:

- (1) Kerjasama imunisasi – Departemen Agama
- (2) Kerjasama imunisasi – Departemen Dalam Negeri
- (3) Kerjasama imunisasi – Departemen Pendidikan Nasional
- (4) Kerjasama imunisasi – Organisasi (IDI, IDAI, IBI, PPNI, dll)
- (5) Bentuk lain dari koordinasi lintas sektoral adalah peran bantu PKK dan LSM
- (6) Badan internasional seperti WHO, UNICEF, USAID

b. Pengelolaan Rantai Vaksin

1) Sensitifitas Vaksin Terhadap Suhu

Untuk memudahkan pengelolaan, vaksin dibedakan dalam 2 (dua) kategori:

- a) Vaksin yang sensitif terhadap panas: Polio, Campak dan BCG.
- b) Vaksin yang sensitif terhadap pembekuan: Hepatitis B, DPT, TT dan DT.

Semua vaksin akan rusak bila terpapar suhu panas. Namun vaksin Polio, Campak dan BCG akan lebih cepat rusak pada paparan panas dibandingkan vaksin Hepatitis B, DPT, TT dan DT. Sebaliknya vaksin Hepatitis B, DPT, TT dan DT akan rusak bila terpapar dengan suhu beku.

2) Pengadaan, Penyimpanan, Distribusi dan Pemakaian

a) Pengadaan

Pengadaan vaksin untuk program imunisasi dilakukan oleh Ditjen. PPM dan PL dari sumber APBN dan BLN (Bantuan Luar Negeri). Pelaksanaan pengadaan vaksin dilakukan melalui kontrak pembelian pada PT. Bio Farma sebagai produsen vaksin satu-satunya di Indonesia. Vaksin yang berasal dari luar negeri pada umumnya diterima di Indonesia apabila ada kegiatan khusus (seperti *Catch Up Campaign Campak*) dan vaksin tersebut telah lolos uji dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

b) Penyimpanan

Setiap unit dianjurkan untuk menyimpan vaksin tidak lebih dari stok maksimalnya, untuk menghindari terjadinya penumpukan vaksin. Bila frekuensi distribusi vaksin ke provinsi 1 (satu) kali setiap 3 (tiga) bulan, maka stok maksimal vaksin di provinsi adalah kebutuhan vaksin untuk 4 (empat) bulan. Bila frekuensi pengambilan vaksin ke provinsi 1 (satu) kali per bulan maka stok minimal di kabupaten adalah 1 (satu) bulan dan stok maksimal adalah 3 (tiga) bulan, dan bila frekuensi pengambilan vaksin ke kabupaten 1 (satu) kali per bulan maka stok maksimal di puskesmas 1 (satu) bulan 1 (satu) minggu.

Vaksin yang berasal dari virus hidup (polio, campak) pada pedoman sebelumnya harus disimpan pada suhu di bawah 0°C. Dalam perkembangan selanjutnya, hanya vaksin Polio yang masih memerlukan suhu dibawah 0°C di provinsi dan kabupaten/kota, sedangkan vaksin campak dapat disimpan di refrigerator pada suhu 2°-8°C. Adapun vaksin lainnya harus disimpan pada suhu 2°-8°C seperti vaksin Hepatitis B, DPT, TT dan DT tidak boleh terpapar pada suhu beku karena vaksin akan rusak akibat meningkatnya konsentrasi zat pengawet yang merusak antigen. Dalam penyimpanan vaksin, susunannya harus diperhatikan. Karena suhu dingin dari lemari es/freezer diterima vaksin secara konduksi, maka ketentuan tentang jarak antar kemasan vaksin harus dipenuhi. Demikian pula letak vaksin menurut jenis antigennya mempunyai urutan tertentu untuk menghindari penurunan potensi vaksin yang terlalu cepat.

c) Distribusi

Distribusi adalah transportasi atau pengiriman vaksin dari Pusat/Bio Farma ke provinsi, dari provinsi ke kabupaten/kota, dari kabupaten/kota ke puskesmas dan dari puskesmas ke bidan di desa atau posyandu. Distribusi vaksin baik jumlah maupun frekuensinya harus disesuaikan dengan volume vaksin di masing-masing provinsi serta biaya transportasi. Rata-rata distribusi vaksin ke provinsi adalah setiap 1-3

bulan, tergantung dari besarnya jumlah penduduk provinsi tersebut. Dari gudang provinsi vaksin diambil oleh petugas kabupaten/kota setiap bulan dan dari gudang kabupaten/kota vaksin diambil oleh petugas puskesmas setiap bulan. Dengan demikian untuk kabupaten/kota dan puskesmas diperlukan biaya pengambilan vaksin setiap bulan. Frekuensi pengambilan vaksin inipun bervariasi antar kabupaten/kota dan puskesmas, tergantung pada kapasitas tempat penyimpanan vaksin, biaya transportasi serta volume kegiatan. Dalam menjaga potensi vaksin selama transportasi, ketentuan pemakaian *cold/cool box*, *vaccine carrier*, *thermos*, *cold/cool pack* harus diperhatikan.

d) Pemakaian

Dalam mengambil vaksin untuk pelayanan imunisasi, prinsip yang dipakai saat ini, “*early expired first out/EEFO*” (dikeluarkan berdasarkan tanggal kadaluarsa yang lebih dulu). Namun dengan adanya VVM (*vaccine vial monitor*) maka ketentuan EEFO tersebut menjadi pertimbangan kedua. VVM sangat membantu petugas dalam manajemen stok vaksin secara cepat dengan melihat perubahan warna pada indikator yang ada.

Kebijaksanaan program imunisasi adalah tetap membuka vial/ampul baru meskipun sasaran sedikit untuk tidak mengecewakan masyarakat. Kalau pada awalnya indeks pemakaian vaksin menjadi sangat kecil dibandingkan dengan jumlah dosis per vial/ampul, dengan semakin mantapnya manajemen program di unit pelayanan, tingkat efisiensi dari pemakaian vaksin ini harus semakin tinggi. Vaksin yang dipakai haruslah vaksin yang poten dan aman. Sisa vaksin yang sudah dibawa ke lapangan namun belum dibuka harus segera dipakai pada pelayanan berikutnya, sedang yang sudah dibuka harus dibuang. Sebelum dibuang periksa dulu apakah di antara pengunjung diluar umur sasaran ada yang perlu dilengkapi imunisasinya dan ada yang perlu mendapat booster. Namun hasil imunisasi ini jangan dilaporkan, cukup dicatat dalam buku bantu.

c. Penanganan Limbah

Hasil penelitian menunjukkan 45-50% praktek penyuntikan dalam program imunisasi serta pembuangan alat suntik bekas pakai sebagian tidak aman. Sampah benda-benda tajam dapat menimbulkan masalah kesehatan dan lingkungan yang serius. Pembuangan limbah sampah yang tidak aman bisa menyebarkan beberapa penyakit. Membiarkan limbah jarum bekas berada di tempat atau tanah terbuka dapat menimbulkan resiko bahaya bagi masyarakat dan dapat mencemari lingkungan. Semua alat suntik setelah digunakan sebaiknya segera dimasukkan ke dalam kotak pengaman. Kotak ini tahan air dan tusukan sehingga jarum tidak dapat menembusnya. Jika tidak tersedia kotak pengaman bisa menggunakan bahan-bahan lokal seperti kertas karton untuk membuat wadah benda-benda tajam yang aman dan fungsional. Semua limbah tersebut pada akhirnya akan dimusnahkan supaya tidak mencemari dan membahayakan lingkungan.

d. Standar Tenaga dan Pelatihan Teknis

1) Standar Tenaga

Tenaga pelaksana di tingkat puskesmas memiliki kualifikasi sebagai berikut (Kepmenkes, 2005):

a) Petugas Imunisasi

(1) Kualifikasi : tenaga perawat atau bidan yang telah mengikuti pelatihan untuk tenaga petugas imunisasi.

(2) Tugas : memberikan pelayanan imunisasi dan penyuluhan.

b) Pelaksana *Cold Chain*

(1) Kualifikasi : tenaga berpendidikan minimal SMA atau SMK yang telah mengikuti pelatihan *cold chain*.

(2) Tugas : a. mengelola vaksin dan merawat lemari es.
b. mencatat suhu lemari es.
c. mencatat pemasukan dan pengeluaran vaksin.
d. mengambil vaksin di kabupaten/kota sesuai kebutuhan.

c) Pengelola Program Imunisasi

(1) Kualifikasi : petugas imunisasi, pelaksana *cold chain* atau petugas lain yang telah mengikuti pelatihan untuk pengelola program imunisasi.

(2) Tugas : a. mengatur jadwal pelayanan imunisasi.
b. mengecek catatan pelayanan imunisasi.
c. membuat dan mengirim laporan ke kabupaten/kota.
d. membuat dan menganalisa PWS bulanan.
e. merencanakan tindak lanjut.

2) Pelatihan Teknis

Kegiatan imunisasi hanya dapat dilaksanakan oleh petugas imunisasi yang mempunyai latar belakang pendidikan medis atau keperawatan atau petugas lain yang kompeten. Untuk meningkatkan pengetahuan dan atau keterampilan pelatih dan petugas imunisasi perlu dilakukan pelatihan. Petugas imunisasi yang telah mengikuti pelatihan diberikan tanda bukti pelatihan berupa sertifikat pelatihan dan memiliki modul materi dasar kebijakan program imunisasi. Pelatihan bagi pelatih dan petugas imunisasi harus dilaksanakan sesuai dengan modul latihan petugas imunisasi. Pelatihan teknis diberikan kepada petugas imunisasi di puskesmas, rumah sakit dan tempat pelayanan lain, petugas *cold chain* di semua tingkat. Pelatihan manjerial diberikan kepada para pengelola imunisasi dan supervisor di semua tingkat.

e. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan dalam manajemen program imunisasi memegang peranan penting dan sangat menentukan. Selain menunjang pelayanan imunisasi juga menjadi dasar untuk membuat perencanaan maupun evaluasi. Pencatatan sebaiknya dilakukan pada saat melaksanakan pelayanan imunisasi dan jangan ditunda.

1) Pencatatan

a) Tingkat Desa

(1) Sasaran Imunisasi

Pencatatan bayi dan ibu hamil untuk persiapan pelayanan imunisasi. Petugas mengkomplikasikan data tersebut ke dalam buku pencatatan hasil imunisasi bayi dan ibu.

(2) Hasil Cakupan Imunisasi

Pencatatan hasil imunisasi untuk bayi (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dibuat oleh petugas imunisasi di buku kuning. Satu buku biasanya untuk satu desa. Untuk masing-masing bayi, imunisasi yang diberikan pada hari itu dicatat di KMS.

b) Tingkat Puskesmas

Hasil kegiatan di lapangan (buku kuning dan merah) ditambah laporan dari puskesmas pembantu direkap di buku pencatatan imunisasi puskesmas (buku biru). Hasil kegiatan imunisasi di komponen statik dicatat untuk sementara di Buku Bantu, pada akhir bulan direkap ke buku kuning atau merah sesuai dengan desa asal sasaran. Pencatatan ini dilakukan oleh pelaksana imunisasi yaitu bidan desa.

2) Pelaporan

Pelaporan dilakukan oleh setiap unit yang melakukan kegiatan imunisasi, mulai dari puskesmas pembantu, puskesmas, rumah sakit umum, balai imunisasi swasta, rumah sakit swasta, rumah bersalin swasta kepada pengelola program di tingkat administrasi yang sesuai. Unit yang di bawah melaporkan hasil rangkapnya ke unit yang di atasnya. Pelaporan dari tingkat puskesmas ke kabupaten/kota dilaksanakan selambat-lambatnya tanggal 5 pada bulan berikutnya. Syarat-syarat pelaporan yang baik adalah:

a) Lengkap

Semua bagian di dalam laporan telah diisi lengkap dan tidak ada yang dibiarkan kosong dan semua tempat pelayanan telah mengirimkan laporan.

b) Tepat Waktu

Laporan seharusnya diserahkan ke kabupaten/kota paling lambat tanggal 5 pada bulan berikutnya dengan tepat waktu.

c) Akurat

Sebelum mengirim pelaporan, lakukan pemeriksaan ulang terhadap semua data yang dilaporkan. Pastikan bahwa data yang dilaporkan sesuai dengan data sasaran dan jumlah hasil imunisasi berdasarkan pencatatan di tempat pelayanan. Adapun yang dilaporkan adalah:

(1) Cakupan Imunisasi

Dalam melaporkan cakupan imunisasi, harus dipisahkan pemberian imunisasi terhadap kelompok diluar umur sasaran. Pemisahan ini sebenarnya sudah dilakukan mulai saat mencatat, supaya tidak mengacaukan perhitungan persen cakupan.

(2) Stok dan Pemakaian Vaksin

Stok dan vaksin setiap bulan harus dilaporkan bersama-sama dengan laporan cakupan imunisasi.

f. Supervisi

Tingginya cakupan saja tidak cukup untuk mencapai tujuan akhir program imunisasi yaitu menurunkan angka kesakitan dan kematian terhadap PD3I. Cakupan yang tinggi harus disertai dengan mutu program yang tinggi pula. Untuk meningkatkan mutu program pembinaan dari atas (supervisi) sangat diperlukan. Hal-hal yang disupervisi antara lain adalah :

- 1) Cakupan dan target imunisasi menurut waktu dan wilayah
- 2) Data PD3I menurut waktu dan tempat
- 3) Ketenagaan
- 4) Peralatan imunisasi, vaksin dan *cold chain*
- 5) Pencatatan dan pelaporan
- 6) Hasil kerjasama lintas program atau sektoral
- 7) Masalah yang ditemukan

Alat bantu yang dipakai adalah *check list* untuk supervisi ke puskesmas yang hanya diisi dengan ya atau tidak. Untuk tingkat kabupaten disediakan formulir

rekap untuk menganalisa hasil supervisi. Jawaban supervisi ini dapat dikuantifikasi sehingga dapat diukur dan dibandingkan, dengan demikian dapat memudahkan analisa, umpan balik serta pelaporannya. Keluaran yang diharapkan dari supervisi dengan *check list* ini adalah :

- 1) Peningkatan mutu manajemen program
- 2) Peningkatan mutu pelayanan dan segi teknis dari program
- 3) Peningkatan bantuan dan kerjasama lintas sektoral

Pimpinan puskesmas dapat mengadakan supervisi *intern* atau pembinaan internal kepada petugas imunisasi dengan menggunakan hasil analisa supervisi *check list*. Karena jawaban supervisi ini telah dikuantifikasi, maka hasil supervisi yang menyangkut mutu dapat dibandingkan dengan hasil supervisi di tingkat administrasi yang setara. Rekap hasil supervisi ini selain dilaporkan dapat divisualisasikan dalam bentuk grafik untuk dianalisa kemudian dilakukan umpan balik. Dianjurkan kegiatan ini dilakukan secara terpadu supaya dapat memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada lintas program dan lintas sektoral untuk ikut mengetahui masalah, memikirkan cara pemecahannya dan bila mungkin membantunya.

2.3.3 Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi

Kegiatan monitoring dan evaluasi ditujukan pada suatu program yang sedang atau sudah berlangsung. Monitoring sendiri merupakan aktivitas yang dilakukan pimpinan untuk melihat, memantau jalannya organisasi selama kegiatan berlangsung dan menilai ketercapaian tujuan, melihat faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program. Dalam monitoring (pemantauan) dikumpulkan data dan dianalisa, hasil analisis diinterpretasikan dan dimaknakan sebagai masukan bagi pimpinan untuk mengadakan perbaikan. Sedangkan evaluasi adalah proses untuk mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data dan menganalisis data, menyimpulkan hasil yang dicapai, menginterpretasikan hasil menjadi rumusan kebijakan, dan menyajikan informasi (rekomendasi) untuk pembuatan keputusan berdasarkan pada aspek kebenaran hasil evaluasi (Moerdiyanto, 2009). Adapun perbedaan antara monitoring dan evaluasi adalah monitoring dilakukan

pada saat program masih berjalan sedangkan evaluasi dapat dilakukan baik sewaktu program itu masih berjalan ataupun program itu sudah selesai. Adapun kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh bidan desa meliputi (Kepmenkes,2005):

a. Pemantauan/Monitoring

Salah satu fungsi penting dalam manajemen program adalah pemantauan. Dengan pemantauan kita dapat menjaga agar masing-masing kegiatan sejalan dengan ketentuan program. Alat pemantauan yang dimiliki program imunisasi adalah Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Alat pemantauan ini berfungsi untuk meningkatkan cakupan, jadi sifatnya lebih memantau kuantitas program. Dipakai pertama kalinya di Indonesia pada tahun 1985 dan dikenal dengan nama *Local Area Monitoring* (LAM). LAM terbukti efektif kemudian diakui oleh WHO untuk diperkenalkan di negara lain. Grafik LAM kemudian disempurnakan menjadi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Adapun prinsip PWS antara lain:

- 1) Memanfaatkan data yang ada yaitu data dari cakupan atau laporan cakupan imunisasi.
- 2) Menggunakan indikator sederhana yaitu tidak terlalu banyak. Indikator PWS untuk masing-masing antigen:
 - a) DPT-1: jangkauan atau aksesibilitas pelayanan
 - b) Hepatitis B 1 < 7 hari: jangkauan aksesibilitas pelayanan
 - c) Campak: tingkat perlindungan (efektifitas program)
 - d) Polio-4: tingkat perlindungan (efektifitas program) Drop out DPT-1 – Campak: efisiensi atau manajemen program
- 3) Dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan setempat.
- 4) Teratur dan tepat waktu yaitu setiap bulan. Teratur untuk menghindari hilangnya informasi penting. Tepat waktu agar tidak terlambat dalam mengambil keputusan.
- 5) Lebih dimanfaatkan sendiri atau sebagai umpan balik untuk dapat mengambil tindakan daripada hanya dikirimkan sebagai laporan.

- 6) Membuat grafik yang jelas dan menarik untuk masing-masing indikator diatas sehingga memudahkan analisa.

Berdasarkan hasil analisa PWS tersebut, desa dikelompokkan dalam tiga kategori sebagai berikut:

- 1) Daerah dengan cakupan rendah dan sulit dijangkau (warna merah).
- 2) Daerah dengan cakupan rendah tetapi mudah dijangkau (warna kuning).
- 3) Daerah dengan cakupan telah mencapai target (warna hijau).

Berdasarkan hasil analisa PWS tersebut juga harus dilakukan tindak lanjut. Adapun tindak lanjut setelah analisa PWS adalah sebagai berikut:

- 1) Pemantauan PWS pada pertemuan teknis

Pada pertemuan teknis lokakarya mini di tingkat puskesmas tiap bulan, PWS dipergunakan untuk menginformasikan hasil yang telah dicapai oleh puskesmas, identifikasi masalah, merencanakan perbaikan dan penyusunan rencana operasional. Pada pertemuan tersebut puskesmas yang berhasil dan yang tidak berhasil diminta untuk mempresentasikan upaya-upaya yang telah dan yang akan dilaksanakan.

- 2) Pemanfaatan PWS pada koordinasi lintas sektor

PWS disajikan dan didiskusikan pada pertemuan lintas sektoral untuk memperoleh dukungan bagi pemecahan masalah.

- 3) Tindak lanjut setelah pertemuan PWS

Keputusan untuk mengadakan tindak lanjut merupakan hasil utama dari setiap pertemuan lintas sektoral. Tanpa tindak lanjut pertemuan dan analisa PWS tidak ada gunanya bagi peningkatan kualitas maupun kuantitas program imunisasi.

b. Evaluasi

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui hasil ataupun proses kegiatan bila dibandingkan dengan target atau yang diharapkan. Beberapa macam kegiatan evaluasi dilakukan secara berkala dalam program imunisasi. Salah satu yang perlu dilakukan evaluasi adalah cakupan per tahun. Untuk setiap antigen grafik cakupan per tahun dapat memberikan gambaran secara keseluruhan tentang adanya kecenderungan:

- 1) Tingkat pencapaian cakupan imunisasi.
- 2) Indikasi adanya masalah.
- 3) Acuan untuk memperbaiki kebijaksanaan atau strategi yang perlu diambil untuk tahun berikutnya.

Berdasarkan sumber data, ada dua macam evaluasi:

- 1) Evaluasi dengan data sekunder

Dari angka-angka yang dikumpulkan oleh puskesmas selain dilaporkan perlu dianalisa. Bila cara menganalisanya baik dan teratur, akan memberikan banyak informasi penting yang dapat menentukan kebijaksanaan program.

- a) Stok vaksin

Stok vaksin dilaporkan oleh petugas puskesmas, kabupaten dan provinsi ke tingkat yang di atasnya untuk pengambilan atau distribusi vaksin. Grafik dibuat menurut waktu, dapat dibandingkan dengan cakupan dan batas stok maksimum dan minimum untuk menilai kesiapan stok vaksin menghadapi kegiatan program. Data stok vaksin diambil dari kartu stok.

- b) Indeks pemakaian vaksin

Dari pencatatan stok vaksin setiap bulan diperoleh jumlah vial/ampul vaksin yang digunakan. Untuk mengetahui berapa rata-rata jumlah dosis diberikan untuk setiap vial/ampul, yang disebut indeks pemakaian vaksin (IP). Perhitungan IP dilakukan untuk setiap jenis vaksin. Nilai IP biasanya lebih kecil dari jumlah dosis vial/ampul. Apabila IP lebih besar dari jumlahnya dosis vial/ampul maka pencatatan dan pelaporannya harus diperiksa lagi. Hasil perhitungan IP menentukan berapa jumlah vaksin yang harus disediakan untuk tahun berikutnya. Bila hasil perhitungan IP dari tahun ke tahun untuk masing-masing vaksin divisualisasikan, pengelola program akan lebih mudah menilai apakah strategi operasional yang diterapkan di puskesmas sudah memperhatikan masalah efisiensi program tanpa mengurangi cakupan dan mutu pelayanan.

c) Suhu lemari es

Pencatatan suhu lemari es atau *freezer* dilakukan setiap hari pada grafik suhu yang tersedia untuk masing-masing unit. Dengan menambah catatan saat terjadinya peristiwa penting pada grafik tersebut, seperti *sweeping*, KLB, KIPI, penggantian suku cadang, grafik suhu ini akan menjadi sumber informasi penting.

d) Cakupan per tahun

Untuk setiap antigen grafik cakupan per tahun dapat memberikan gambaran secara keseluruhan tentang adanya kecenderungan untuk tingkat pencapaian cakupan imunisasi, indikasi adanya masalah, acuan untuk memperbaiki kebijaksanaan atau strategi yang perlu diambil untuk tahun berikutnya.

2) Evaluasi dengan data primer

a) Survei cakupan (*coverage survey*)

Tujuan utama untuk mengetahui tingkat cakupan imunisasi. Tujuan tambahan dapat memperoleh informasi tentang distribusi umur saat di imunisasi, mutu pencatatan dan pelaporan, sebab kegagalan imunisasi, tempat memperoleh imunisasi.

b) Survei dampak

Tujuan utama untuk menilai keberhasilannya program imunisasi terhadap penurunan morbiditas penyakit tertentu. Tujuan tambahan dapat diperoleh gambaran epidemiologi PD3I seperti distribusi penyakit menurut umur, tempat tinggal, faktor-faktor resiko.

c) Uji potensi vaksin

Tujuannya dapat diketahui potensi dan keamanan dari vaksin. Dengan tujuan tambahan mengetahui kualitas *cold chain*/pengelolaan vaksin.

2.4 Konsep Puskesmas

2.4.1 Pengertian dan Peran Puskesmas dalam Imunisasi

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama,

dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2014).

Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu. Wilayah kerja puskesmas meliputi wilayah kerja administratif, yaitu satu wilayah kecamatan atau beberapa desa/kelurahan di satu wilayah kecamatan. Berdasarkan pelayanan yang diberikan puskesmas dibagi menjadi empat yaitu, puskesmas rawat jalan, puskesmas rawat inap yang memberikan pelayanan 24 jam, puskesmas rawat inap PONED yang memberikan pelayanan Kegawatdaruratan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan puskesmas rawat inap PLUS yang mempunyai unggulan minimal 1 (satu) orang dokter spesialis dengan kunjungan periodik maupun pelayanan tetap ke puskesmas (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2011).

Puskesmas dibangun untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh dan terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di wilayah kerjanya. Program kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk melindungi penduduknya, termasuk mengembangkan program khusus untuk penduduk miskin (Muninjaya, 2004).

Puskesmas hanya bertanggungjawab untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan kemampuannya. Tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggungjawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa, kelurahan, RW) dan masing-masing puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Hartono, 2010).

Pelaksanaan imunisasi di puskesmas merupakan unsur yang sangat penting, karena pelaksanaan puskesmas mempunyai tanggungjawab yang besar dalam keberhasilan program imunisasi yaitu tercapainya UCI (*Universal Child Immunization*) (Ariebowo, 2005).

2.4.2 Visi Puskesmas

Indikator kecamatan sehat yang ingin dicapai mencakup 4 indikator utama yakni (1) lingkungan sehat, (2) perilaku sehat, (3) cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu serta (4) derajat kesehatan penduduk kecamatan. Visi pembangunan kesehatan di puskesmas adalah “Terwujudnya Kecamatan Sehat”. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni sebuah kecamatan dimana masyarakatnya hidup dalam lingkungan yang sehat dan perilaku hidup bersih dan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata agar tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Kepmenkes, 2004).

2.4.3 Misi Puskesmas

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, yaitu (Kepmenkes, 2004):

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.

Puskesmas akan selalu menggerakkan pembangunan sektor lain yang diselenggarakan di wilayah kerjanya, agar memperhatikan aspek kesehatan, yaitu pembangunan yang tidak menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan, setidaknya terhadap lingkungan dan perilaku kesehatan.

- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.

Puskesmas akan selalu berupaya agar setiap keluarga dan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya makin berdaya di bidang kesehatan melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian dan hidup sehat.

- c. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas.

Puskesmas akan selalu berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat, mengupayakan pemerataan

pelayanan kesehatan serta meningkatkan efisiensi pengelolaan dana sehingga dapat dijangkau oleh seluruh anggota masyarakat.

- d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

Puskesmas akan selalu berupaya memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat yang berkunjung dan bertempat tinggal di wilayah kerjanya tanpa diskriminasi dan dengan menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang sesuai.

2.4.4 Prinsip Penyelenggaraan, Tujuan dan Fungsi Puskesmas

a. Prinsip Penyelenggaraan

Berdasarkan Permenkes RI No. 75 Tahun 2014, prinsip penyelenggaraan puskesmas meliputi:

1) Paradigma Sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2) Pertanggungjawaban Wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

3) Kemandirian Masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

4) Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

5) Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

6) Keterpaduan dan Kestinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

b. Tujuan

Tujuan pembangunan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat (Kepmenkes, 2004).

c. Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004, fungsi puskesmas dapat digolongkan menjadi :

1) Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

2) Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran,

kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

3) Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi :

a) Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan untuk menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

b) Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain, promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

2.4.5 Upaya Kesehatan di Puskesmas

Upaya tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui puskesmas yakni terwujudnya kecamatan sehat menuju Indonesia sehat. Puskesmas

bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, yang jika ditinjau keduanya dari sistem kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yaitu :

a. Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang diterapkan berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah (Dinkes Provinsi Jatim, 2011):

- 1) Upaya Promosi Kesehatan
- 2) Upaya Kesehatan Lingkungan
- 3) Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
- 4) Upaya Perbaikan Gizi
- 5) Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- 6) Upaya Pengobatan

b. Upaya Kesehatan Pengembangan

Upaya kesehatan pengembangan puskesmas adalah upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan puskesmas. Upaya kesehatan pengembangan dipilih dari daftar upaya kesehatan pokok puskesmas yang telah ada yaitu :

- 1) Upaya Kesehatan Sekolah
- 2) Upaya Kesehatan Olahraga
- 3) Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
- 4) Upaya Kesehatan Kerja
- 5) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- 6) Upaya Kesehatan Jiwa
- 7) Upaya Kesehatan Mata
- 8) Upaya Kesehatan Usia Lanjut
- 9) Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

2.4.6 Manajemen Puskesmas

Dalam terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang sesuai dengan azas penyelenggaraan, puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen puskesmas yang baik. Manajemen puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran puskesmas yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan sistematis yang dilaksanakan oleh puskesmas membentuk fungsi-fungsi manajemen. Semua fungsi manajemen tersebut harus dilaksanakan secara terkait dan berkesinambungan. Fungsi manajemen puskesmas yang dikenal menurut Kepmenkes RI Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 adalah :

a. Perencanaan

Perencanaan adalah proses penyusunan rencana tahunan puskesmas untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayah kerja puskesmas. Rencana tahunan puskesmas dibedakan menjadi dua macam, yaitu :

1) Perencanaan upaya kesehatan wajib

Langkah-langkah perencanaan upaya kesehatan wajib yang harus dilakukan puskesmas adalah:

a) Menyusun usulan kegiatan

Langkah pertama yang dilakukan oleh puskesmas adalah menyusun usulan kegiatan dengan memperhatikan berbagai kebijakan yang berlaku, baik nasional maupun daerah sesuai dengan masalah sebagai hasil kajian data dan informasi yang tersedia di puskesmas. Usulan ini disusun dalam bentuk matriks (*Gantt Chart*) yang berisikan rincian kegiatan, tujuan, sasaran, besaran kegiatan (volume), waktu, lokasi serta perkiraan kebutuhan biaya untuk setiap kegiatan. Rencana ini disusun melalui pertemuan perencanaan tahunan puskesmas yang dilaksanakan sesuai dengan siklus perencanaan kabupaten/kota dengan mengikutsertakan BPP serta dikoordinasikan dengan camat.

b) Mengajukan usulan kegiatan

Langkah kedua yang dilakukan puskesmas adalah mengajukan usulan kegiatan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk persetujuan

pembiayaannya. Perlu diperhatikan dalam mengajukan usulan kegiatan harus dilengkapi dengan usulan kebutuhan rutin, sarana dan prasarana dan operasional puskesmas beserta pembiayaannya.

c) Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan

Langkah ketiga yang dilakukan oleh puskesmas adalah menyusun rencana pelaksanaan kegiatan yang telah disetujui oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Rencana Kerja Kegiatan/*Plan of Action*) dalam bentuk matriks (*Gantt Chart*) yang dilengkapi dengan pemetaan wilayah (*mapping*).

2) Perencanaan upaya kesehatan pengembangan

Langkah-langkah perencanaan upaya kesehatan pengembangan yang dilakukan puskesmas mencakup:

a) Identifikasi upaya kesehatan pengembangan

Langkah pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi upaya kesehatan pengembangan yang akan diselenggarakan oleh puskesmas. Identifikasi ini dilakukan berdasarkan ada tidaknya masalah kesehatan yang terkait dengan setiap upaya kesehatan pengembangan tersebut. Apabila puskesmas memiliki kemampuan, identifikasi masalah dilakukan bersama masyarakat melalui pengumpulan data secara langsung di lapangan (Survei Mawas Diri). Survei mawas diri merupakan kegiatan pengumpulan data untuk mengenali keadaan dan masalah yang dihadapi, serta potensi yang dimiliki untuk mengatasi masalah tersebut. Tahapan pelaksanaan pengumpulan data dapat berupa data primer yakni yang dikumpulkan langsung dari sumber data atau data sekunder yakni data yang berasal dari catatan yang ada, pengolahan data dan penyajian data berupa data masalah dan potensi.

b) Menyusun usulan kegiatan

Langkah kedua yang dilakukan oleh puskesmas adalah menyusun usulan kegiatan yang berisikan rincian kegiatan, tujuan, sasaran, besaran kegiatan (volume), waktu, lokasi serta perkiraan kebutuhan biaya untuk setiap kegiatan. Rencana yang telah disusun tersebut

diajukan dalam bentuk matriks (*Gantt Chart*). Penyusunan rencana pada tahap awal pengembangan program dilakukan melalui pertemuan yang dilaksanakan secara khusus bersama dengan BPP dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam bentuk musyawarah masyarakat. Penyusunan rencana pada tahap pelaksanaan pada tahun berikutnya dilakukan secara terintegrasi dengan penyusunan rencana upaya kesehatan wajib.

c) Mengajukan usulan kegiatan

Langkah ketiga yang dilakukan oleh puskesmas adalah mengajukan usulan kegiatan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk pembiayaannya. Usulan kegiatan tersebut dapat pula diajukan ke Badan Penyantun Puskesmas atau pihak-pihak lain. Apabila diajukan ke pihak-pihak lain, usulan kegiatan harus dilengkapi dengan uraian tentang latar belakang, tujuan serta urgensi perlu dilaksanakannya upaya pengembangan tersebut.

d) Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan

Langkah keempat yang dilakukan oleh puskesmas adalah menyusun rencana pelaksanaan kegiatan yang telah disetujui oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau penyanggah dana lain (*Rencana Kerja Kegiatan/Plan of Action*) dalam bentuk matriks (*Gantt Chart*) yang dilengkapi dengan pemetaan wilayah (*mapping*). Penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan ini dilakukan secara terpadu dengan penyusunan rencana pelaksanaan upaya kesehatan wajib.

b. Pelaksanaan dan Pengendalian

Pelaksanaan dan pengendalian adalah proses penyelenggaraan, pemantauan serta penilaian terhadap penyelenggaraan rencana tahunan puskesmas. Langkah-langkah pelaksanaan dan pengendalian adalah:

1) Pengorganisasian

Untuk melaksanakan rencana kegiatan perlu dilakukan pengorganisasian. Dua macam pengorganisasian yang harus dilakukan yaitu pertama, pengorganisasian berupa penentuan penanggungjawab dan pelaksana setiap

kegiatan serta untuk setiap satuan wilayah kerja. Dengan kata lain, dilakukan pembagian habis seluruh program kerja dan seluruh wilayah kerja kepada seluruh petugas puskesmas dengan mempertimbangkan kemampuan yang dimilikinya. Penentuan para penanggungjawab ini dilakukan melalui pertemuan penggalangan tim pada awal tahun kegiatan.

Kedua, pengorganisasian berupa penggalangan kerjasama tim secara lintas sektoral. Ada dua bentuk penggalangan kerjasama yang dapat dilakukan :

- a) Penggalangan kerjasama bentuk dua pihak yakni antara dua sektor terkait, misalnya antara puskesmas dengan sektor tenaga kerja pada waktu menyelenggarakan upaya kesehatan kerja.
- b) Penggalangan kerjasama bentuk banyak pihak yakni antara berbagai sektor terkait, misalnya antara puskesmas dengan sektor pendidikan, sektor agama, sektor kecamatan pada waktu menyelenggarakan upaya kesehatan sekolah.

2) Penyelenggaraan

Setelah pengorganisasian selesai dilakukan, kegiatan selanjutnya adalah menyelenggarakan rencana kegiatan puskesmas, dalam arti para penanggungjawab dan para pelaksana yang telah ditetapkan pada pengorganisasian, ditugaskan menyelenggarakan kegiatan puskesmas sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Agar dapat terselenggaranya rencana tersebut perlu dilakukan kegiatan sebagai berikut :

- a) Mengkaji ulang rencana pelaksanaan yang telah disusun terutama yang menyangkut jadwal pelaksanaan, target pencapaian, lokasi wilayah kerja dan rincian tugas para penanggungjawab dan pelaksana.
- b) Menyusun jadwal kegiatan bulanan untuk tiap petugas sesuai dengan rencana pelaksanaan yang telah disusun. Beban kegiatan puskesmas harus terbagi habis dan merata kepada seluruh petugas.
- c) Menyelenggarakan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Pada waktu menyelenggarakan kegiatan puskesmas harus diperhatikan hal-hal sebagai berikut:

(1) Azaz penyelenggaraan puskesmas

Penyelenggaraan kegiatan puskesmas harus menerapkan keempat azaz pertanggungjawaban wilayah, azaz pemberdayaan masyarakat, azaz keterpaduan dan azaz rujukan.

(2) Berbagai standar dan pedoman pelayanan puskesmas

Pada saat ini telah berhasil dikembangkan berbagai standar dan pedoman pelayanan puskesmas sebagai acuan penyelenggaraan kegiatan puskesmas yang harus diperhatikan pada waktu menyelenggarakan kegiatan puskesmas. Standar pedoman tersebut adalah :

- (a) Standar dan Pedoman Bangunan Puskesmas
- (b) Standar dan Pedoman Peralatan Puskesmas
- (c) Standar Manajemen Peralatan Puskesmas
- (d) Standar dan Pedoman Ketenagaan Puskesmas
- (e) Pedoman Pengobatan Rasional Puskesmas
- (f) Standar Manajemen Obat Puskesmas
- (g) Standar dan Pedoman Teknis Pelayanan
- (h) Pedoman Sistem Manajemen Puskesmas (SIMPUS)
- (i) Pedoman Perhitungan Satuan Biaya Pelayanan Puskesmas

(3) Kendali Mutu

Penyelenggaraan kegiatan puskesmas harus menerapkan program kendali mutu. Kendali mutu adalah upaya yang dilakukan secara berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Prinsip program kendali mutu adalah kepatuhan terhadap berbagai standar dan pedoman pelayanan serta etika profesi yang memuaskan pemakai jasa pelayanan.

(4) Kendali Biaya

Kendali biaya adalah upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu dalam

menetapkan kebijakan dan tatacara penyelenggaraan upaya kesehatan termasuk pembiayaannya, serta memantau pelaksanaannya sehingga terjangkau oleh masyarakat. Prinsip kendali biaya adalah kepatuhan terhadap berbagai standar dan pedoman pelayanan serta etika profesi yang terjangkau oleh pemakai jasa pelayanan.

3) Pemantauan

Penyelenggaraan kegiatan diikuti dengan kegiatan pemantauan yang dilakukan secara berkala. Kegiatan pemantauan mencakup hal-hal sebagai berikut:

a) Melakukan tahapan penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai yang dibedakan atas dua hal:

(1) Telaahan internal yaitu telaahan bulanan terhadap penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai oleh puskesmas dibandingkan dengan rencana dan standar pelayanan. Data yang dipergunakan diambil dari Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS).

(2) Telaahan eksternal yaitu telaahan triwulan terhadap hasil yang ingin dicapai oleh sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya serta sektor lain terkait yang ada di wilayah kerja puskesmas. Telaahan triwulan ini dilakukan dalam Lokakarya Mini Triwulan Puskesmas secara lintas sektor.

4) Penilaian

Kegiatan penilaian yang dilakukan:

a) Melakukan penilaian terhadap penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai dibandingkan dengan rencana tahunan dan standar pelayanan. Sumber data yang dipergunakan pada penilaian dibedakan atas dua. Pertama, sumber data primer yaitu yang berasal dari SIMPUS dan berbagai sumber data lain yang terkait, yang dikumpulkan secara khusus pada akhir tahun. Kedua, sumber data sekunder yaitu data dari hasil pemantauan bulanan dan triwulan.

- b) Menyusun saran peningkatan penyelenggaraan kegiatan sesuai dengan pencapaian serta masalah dan hambatan yang ditemukan untuk rencana tahun berikutnya.

- c. Pengawasan dan Pertanggungjawaban

Pengawasan dan pertanggungjawaban adalah proses memperoleh kepastian atas kesesuaian penyelenggaraan dan pencapaian tujuan puskesmas terhadap rencana dan peraturan perundang-undangan serta berbagai kewajiban yang berlaku. Untuk terselenggaranya pengawasan dan pertanggungjawaban dilakukan kegiatan sebagai berikut:

- 1) Pengawasan

Pengawasan dibedakan atas dua macam yakni pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal dilakukan secara melekat oleh atasan langsung. Pengawasan eksternal dilakukan oleh masyarakat, dinas kesehatan kabupaten serta berbagai instansi pemerintah terkait. Pengawasan mencakup aspek administratif, keuangan dan teknis pelayanan. Apabila pada pengawasan ditemukan adanya penyimpangan baik terhadap rencana, standar, peraturan perundang-undangan maupun berbagai kewajiban yang berlaku, perlu dilakukan pembinaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- 2) Pertanggungjawaban

Di setiap akhir tahun anggaran, kepala puskesmas harus membuat laporan pertanggungjawaban dan penggunaan berbagai sumber daya termasuk keuangan. Laporan tersebut disampaikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta pihak-pihak terkait lainnya, termasuk masyarakat melalui Badan Penyantun Puskesmas. Apabila terjadi penggantian kepala puskesmas, maka kepala puskesmas yang lama diwajibkan membuat laporan pertanggungjawaban masa jabatannya.

2.5 Pendekatan Sistem

2.5.1 Pengertian Sistem

Sistem adalah suatu totalitas yang kompleks yang terdiri dari berbagai subsistem yang berkaitan, saling tergantung dan berinteraksi, dan saling

menentukan sehingga membentuk kesatuan terpadu untuk mencapai tujuan tertentu dan harus diperhitungkan pada setiap pengambilan keputusan. Ciri dari sistem yang paling menonjol adalah sistem merupakan kesatuan yang utuh dalam keterpaduan (*wholism*), lebih dari sekedar kumpulan bagian-bagian atau subsistem, sistem bersifat terbuka dan memiliki saling keterkaitan dan saling ketergantungan antar subsistemnya sehingga terjadi interaksi antara sistem dan lingkungannya (Azwar, 1998).

2.5.2 Sistem Dalam Penyelenggaraan Program Imunisasi

Menurut Azwar (1998), dalam sistem terdapat unsur-unsur yang satu sama lain saling berhubungan dan saling mempengaruhi dimana kesemuanya membentuk satu kesatuan, unsur-unsur tersebut yaitu:

a. Masukan (*Input*)

Masukan adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan diperlukan agar sistem dapat berfungsi dengan baik. Terdiri dari 5 M yaitu, *Man* (manusia), *Money* (uang), *Method* (metode), *Material* (sarana/prasarana) dan *Machine* (peralatan/perlengkapan). Contoh Masukan (*input*) dalam penyelenggaraan program imunisasi adalah tenaga yaitu petugas imunisasi, obat-obatan atau vaksin, fasilitas lain dan sebagainya.

b. Proses (*Process*)

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Bagian atau elemen tersebut adalah POAC yaitu, Perencanaan (*Planning*), Pengorganisasian (*Organizing*), Pergerakan (*Actuating*) dan Pengawasan (*Controlling*). Contoh proses dalam manajemen penyelenggaraan program imunisasi adalah kegiatan pelayanan imunisasi di puskesmas.

c. Keluaran (*Output*)

Keluaran adalah bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses sistem. Contoh keluaran dari penyelenggaraan program imunisasi adalah cakupan imunisasi di setiap daerah.

d. Umpan Balik (*Feed Back*)

Umpan balik adalah bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut. Umpan balik dilakukan setelah suatu keputusan diambil dan dilaksanakan, maka dapat tercapai hasil dari keputusan tersebut.

e. Dampak (*Impact*)

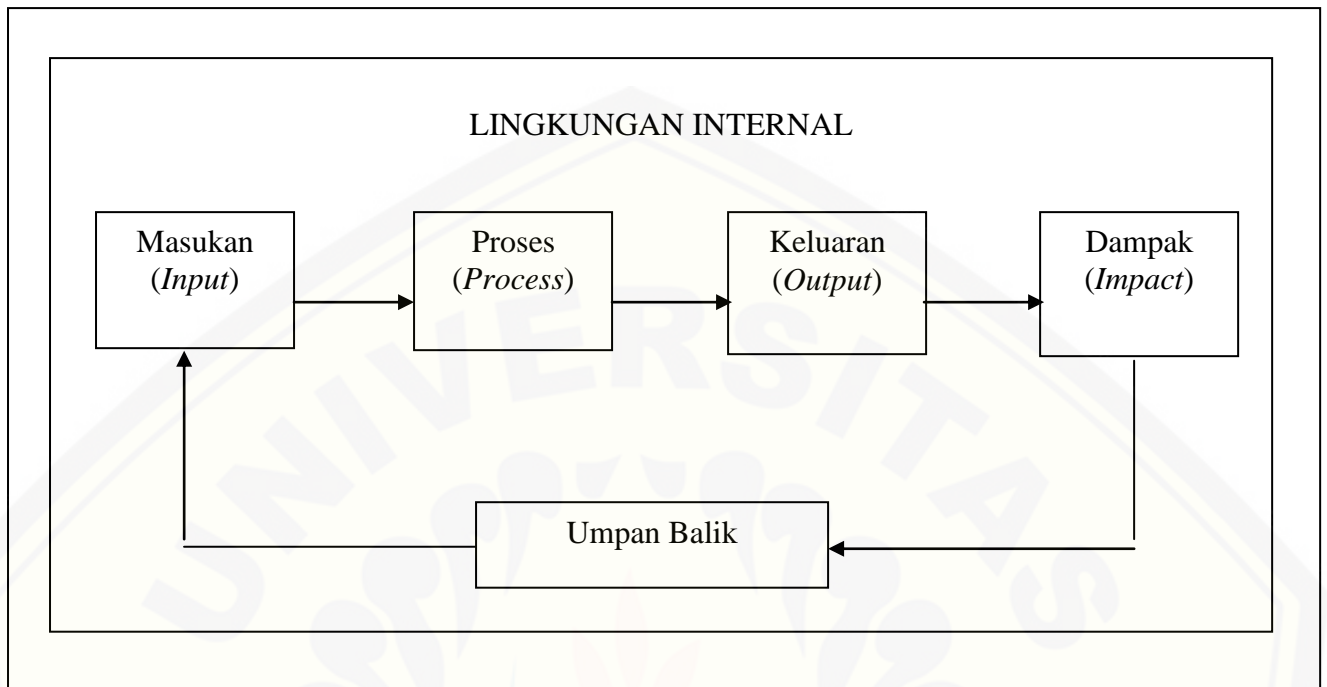
Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem. Untuk administrasi kesehatan, dampak yang diharapkan adalah makin meningkatnya derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan ini hanya akan dapat dicapai apabila kebutuhan (*need*) dan tuntutan (*demands*) perseorangan, keluarga, kelompok dan atau masyarakat terhadap kesehatan, pelayanan kedokteran serta lingkungan yang sehat dapat terpenuhi. Hasil akhir dari sebuah sistem dalam manajemen penyelenggaraan program imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat PD3I.

f. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang tidak dikelola sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

Keenam sistem ini saling berhubungan dan mempengaruhi yang secara sederhana dapat digambarkan dalam bagan berikut :

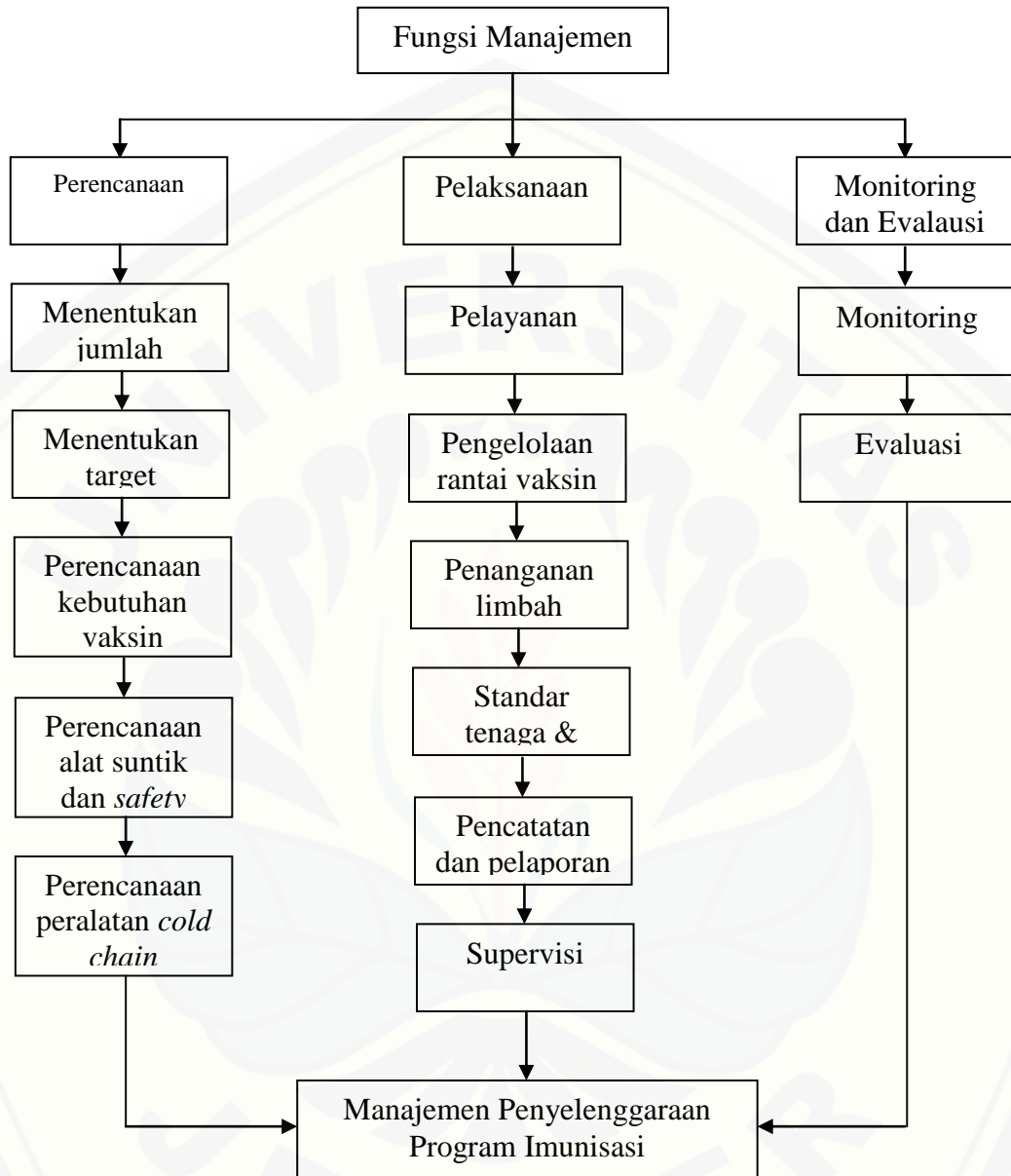
Gambar 2.1 Hubungan Unsur-unsur Sistem



Sumber : Azrul Azwar, 1998

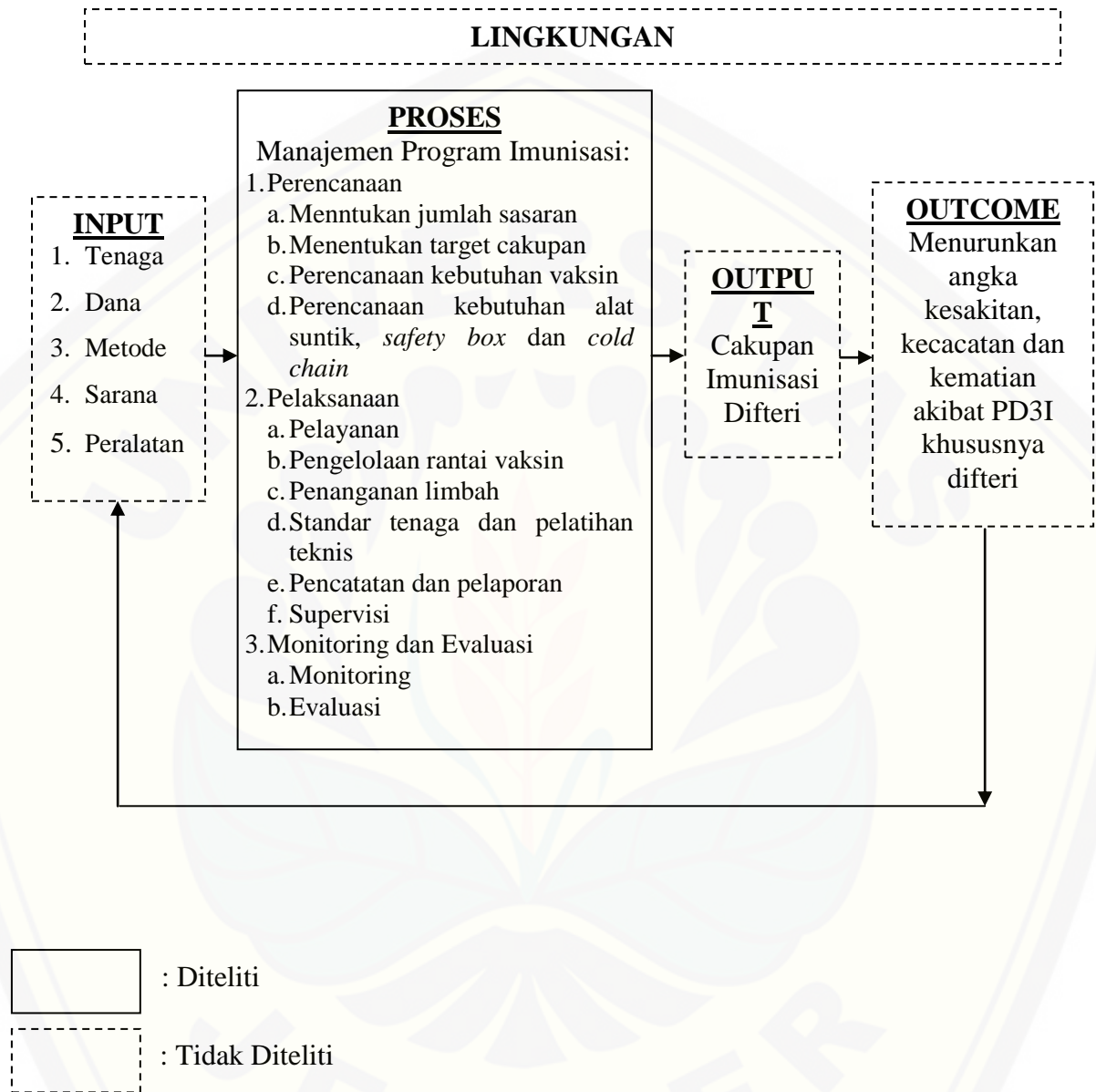
Menurut Muninjaya (2004) generik sebuah sistem adalah *input*, *process* dan *output*. *Effect* dan *outcome* adalah bagian dari *output* yang terkait dengan lingkungan. Jadi, unsur utama sistem adalah *input*, *process* dan *output*. Karena umpan balik dan dampak merupakan bagian dari keluaran (*output*). Umpan balik merupakan bagian dari keluaran yang dapat menjadi masukan bagi sistem. Sedangkan dampak merupakan hasil dari suatu sistem dalam jangka waktu yang panjang. Pendekatan sistem digunakan oleh manajer untuk mengantisipasi perubahan lingkungan manajemen secara komprehensif. Perubahan lingkungan manajemen muncul sebagai akibat pesatnya penggunaan ilmu dan teknologi untuk meningkatkan produktivitas kerja perusahaan (Muninjaya, 2004).

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori
 Kerangka teori diatas adalah modifikasi dari Kepmenkes RI 2005

2.7 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Penelitian

Penyelenggaraan program imunisasi bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Untuk mendapatkan informasi yang tepat dan sesuai, dapat digunakan pendekatan sistem. Berdasarkan pendekatan sistem, manajemen penyelenggaraan program imunisasi di tingkat puskesmas terdiri dari input, proses, output dan outcome. Input pada penyelenggaraan program imunisasi berasal dari tenaga yaitu petugas imunisasi seperti karakteristik atau kinerja petugas tersebut, dana yaitu seberapa besar dana yang dibutuhkan untuk pelaksanaan program imunisasi, metode yang dilakukan dalam penyelenggaraan program imunisasi, sarana yaitu fasilitas yang tersedia untuk mendukung keberhasilan program imunisasi serta peralatan yaitu media alat suntik dan vaksin yang diperlukan dalam penyelenggaraan program imunisasi. Proses dari manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo terdiri dari perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi. Di dalam proses pelaksanaan terdiri dari pelayanan, pengelolaan rantai vaksin, penanganan limbah, standar tenaga dan pelatihan teknis, pencatatan dan pelaporan serta supervisi. Dari hasil kegiatan tersebut diharapkan mendapatkan output. Output dalam manajemen penyelenggaraan program imunisasi ini yaitu cakupan imunisasi difteri di puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo yang maksimal, sedangkan outcome atau dampak yaitu menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian bayi akibat PD3I khususnya difteri.

Dalam penelitian ini, variabel yang akan diteliti adalah manajemen penyelenggaraan program imunisasi yang terdiri dari proses perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi, sedangkan input dari manajemen program imunisasi seperti petugas imunisasi, dana, metode, sarana dan media alat suntik (peralatan) tidak diteliti.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif, yang dilakukan dengan *in depth interview*, dokumentasi dan triangulasi. Menurut Moleong (2010), penelitian kualitatif adalah penelitian yang berfokus pada pengalaman, interpretasi, serta makna hidup seseorang yang mengalaminya. Penelitian kualitatif ini digunakan untuk mengkaji lebih dalam mengenai manajemen penyelenggaraan program imunisasi khususnya imunisasi difteri di tingkat puskesmas.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Suboh Kecamatan Suboh Kabupaten Situbondo yang dilakukan pada bulan Agustus sampai selesai.

3.3 Penentuan Informan Penelitian

Informan penelitian adalah subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian (Bungin, 2001). Informan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari:

- a. Informan kunci (*key informan*), yaitu mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo sebagai penanggungjawab kegiatan di tingkat puskesmas.
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan utama adalah programer imunisasi, bidan pelaksana dan perawat yang bertugas di wilayah kerja Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.

Teknik sampling/penentuan informan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini misalnya orang tersebut dianggap orang yang paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin

dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek/situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2010).

3.4 Fokus Penelitian dan Pengertian

Fokus penelitian merupakan inti yang dicari dalam penelitian (Endang, 2006). Berikut ini fokus penelitian, pengertian serta teknik dan instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3.1 Fokus Penelitian dan Pengertian

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Penelitian	Informan
1	Perencanaan	Proses kegiatan yang urut yang harus dilakukan untuk mengatasi permasalahan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumber daya yang strategis.		
	a. Menentukan jumlah sasaran	Kegiatan yang didasarkan pada besarnya angka presentase kelahiran bayi dari jumlah penduduk masing-masing wilayah.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	b. Menentukan target cakupan	Menetapkan berapa besar cakupan imunisasi yang akan dicapai pada tahun yang direncanakan serta dapat digunakan untuk mengetahui jumlah kebutuhan vaksin yang sebenarnya.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	c. Perencanaan kebutuhan vaksin	Suatu kegiatan dalam memperkenalkan kebijaksanaan untuk membuka vial atau membuang sisa vaksin.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	d. Perencanaan kebutuhan alat suntik dan <i>safety box</i>	Suatu kegiatan yang digunakan untuk memperhatikan ketersediaan vaksin dan peralatan suntik dengan cukup.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	e. Perencanaan kebutuhan peralatan <i>cold chain</i>	Suatu kegiatan yang digunakan untuk melindungi vaksin dari sinar matahari	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Penelitian	Informan
2	Pelaksanaan	Serangkaian kegiatan yang dilakukan terkait dengan program imunisasi. Kegiatan pelaksanaan dalam program imunisasi meliputi: pelayanan, pengelolaan rantai vaksin, penanganan limbah, standar tenaga dan pelatihan teknis, pencatatan dan pelaporan serta supervisi.		
	a. Pelayanan	Menyelenggarakan pelayanan imunisasi sesuai dengan rencana yang telah dibuat yang terdiri dari persiapan petugas, persiapan masyarakat, pemberian pelayanan dan koordinasi.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	b. Pengelolaan rantai vaksin	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk menjaga kualitas vaksin. Kegiatan pengelolaan vaksin meliputi: pengadaan vaksin, penyimpanan vaksin, distribusi vaksin dan pemakaian vaksin	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	c. Penanganan limbah	Suatu kegiatan dalam penanganan limbah dari kegiatan imunisasi yang sesuai dengan standar yaitu dengan tersedianya <i>safety box</i> di lapangan.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	d. Standar tenaga dan pelatihan teknis	Pelaksana kegiatan imunisasi harus sesuai dengan standar dan mengikuti pelatihan yang sesuai dengan pedoman penyelenggaraan imunisasi.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Penelitian	Informan
	e. Pencatatan dan pelaporan	Membuat catatan hasil kegiatan imunisasi seperti pencatatan hasil sasaran imunisasi, pencatatan hasil cakupan imunisasi serta melaporkan hasil pencatatan kegiatan imunisasi ke kabupaten.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	f. Supervisi	Kegiatan pengamatan yang dilakukan secara langsung dan berkala oleh kepala puskesmas terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas imunisasi di lapangan.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
3	Monitoring dan evaluasi	Suatu kegiatan untuk membandingkan hasil kegiatan dengan target secara terus-menerus dan berkesinambungan yang terdiri dari pemantauan atau monitoring dan evaluasi.		
	a. Monitoring	Pengawasan terhadap pencapaian kegiatan imunisasi yaitu dengan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) serta melakukan analisis terhadap hasil PWS secara berkesinambungan setiap bulan.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan kunci dan informan utama
	b. Evaluasi	Kegiatan untuk mengetahui hasil ataupun proses kegiatan bila dibandingkan dengan target atau yang diharapkan dan dilakukan secara berkala.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan kunci dan informan utama

3.5 Data dan Sumber Data

Data merupakan bahan keterangan tentang suatu objek penelitian (Bungin, 2001). Terdapat dua data dalam penelitian, yaitu data primer dan data sekunder. Sumber data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan seperti wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasa dilakukan oleh peneliti. Sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh

dari pihak lain atau data primer yang diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram (Sugiarto, 2003).

- a. Data primer merupakan data yang di dapat dari sumber pertama, baik dari individu maupun perorangan (Nazir, 2003). Sumber data primer dalam penelitian ini berupa hasil wawancara mendalam kepada informan untuk memperoleh informasi tentang proses perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi dalam manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh.
- b. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain (Purwanto dan Sulistyatuti, 2007). Data sekunder umumnya berupa bukti, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang dipublikasikan maupun tidak dipublikasikan (Mantra, 2004). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan yang berupa hasil laporan cakupan imunisasi di Kabupaten Situbondo dan laporan hasil imunisasi Puskesmas Suboh.

3.6 Teknik Dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian instrumen pengumpulan data yang menentukan berhasil tidaknya suatu penelitian (Bungin, 2001). Metode pengumpulan data kualitatif yang paling *independent* terhadap suatu metode pengumpulan data dan teknik analisis data adalah metode wawancara mendalam, observasi partisipasi, bahan dokumenter serta metode-metode baru seperti metode penelusuran bahan internet (Bungin, 2011). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Wawancara Mendalam (*in-depth interview*)

Wawancara merupakan metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, sehingga peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka (*face to face*). Jenis wawancara yang digunakan adalah wawancara secara mendalam (*in-dept*

interview). Wawancara mendalam adalah wawancara yang dilakukan secara informal. Wawancara ini dilakukan dengan menggunakan panduan (*guide*) tertentu dan semua pertanyaan bersifat spontan sesuai dengan apa yang dilihat, didengar dan dirasakan pada saat pewawancara bersama-sama responden (Bungin, 2011). Data yang diperoleh dari wawancara mendalam ini terdiri dari kutipan langsung dari orang-orang tentang pengalaman, pendapat, perasaan dan pengetahuannya (Suyanto, 2005).

b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Hal ini dilakukan untuk merekam pembicaraan dan juga dapat merekam suatu perbuatan yang dilakukan oleh responden pada saat wawancara (Nazir, 2003). Metode dokumentasi adalah salah satu metode pengumpulan data yang digunakan dalam metodologi penelitian sosial. Metode dokumentasi digunakan untuk memperoleh sejumlah besar fakta dan data sosial yang tersimpan dalam bahan yang berbentuk dokumentasi (Bungin, 2001). Dokumentasi dalam penelitian ini merupakan hasil rekaman suara yang didapat pada saat wawancara dan foto-foto untuk melengkapi dokumentasi.

c. Triangulasi

Dalam teknik pengumpulan data, triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Apabila peneliti melakukan pengumpulan data dengan triangulasi, maka sebenarnya peneliti mengumpulkan data yang sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan teknik pengumpulan data dari berbagai sumber data (Sugiyono, 2010). Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber yaitu melalui wawancara mendalam Kepala Puskesmas Suboh, bidan dan perawat serta kader di wilayah kerja Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan sebagai sarana yang dapat diwujudkan dalam benda (Ridwan, 2002). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan panduan wawancara. Pada penelitian ini, panduan wawancara digunakan untuk metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam yang dibantu oleh alat perekam dengan menggunakan *handphone* dan alat tulis.

3.7 Teknik Penyajian Dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2001). Data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk uraian kata-kata dan kutipan-kutipan langsung dari informan yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan. Menurut Hamidi (2010) hasil wawancara yang diperoleh dikumpulkan dan diupayakan untuk dideskripsikan berdasarkan ungkapan, bahasa tidak formal, dalam susunan kalimat sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli responden, cukup rinci serta tanpa ada interpretasi dan evaluasi dari peneliti. Kemudian berdasarkan cerita dengan bahasa dan ungkapan asli informan atau responden tersebut mulai dikemukakan temuan penelitian yang nanti akan disajikan dengan perspektif atau teori-teori yang telah dipilih.

3.7.2 Analisis data

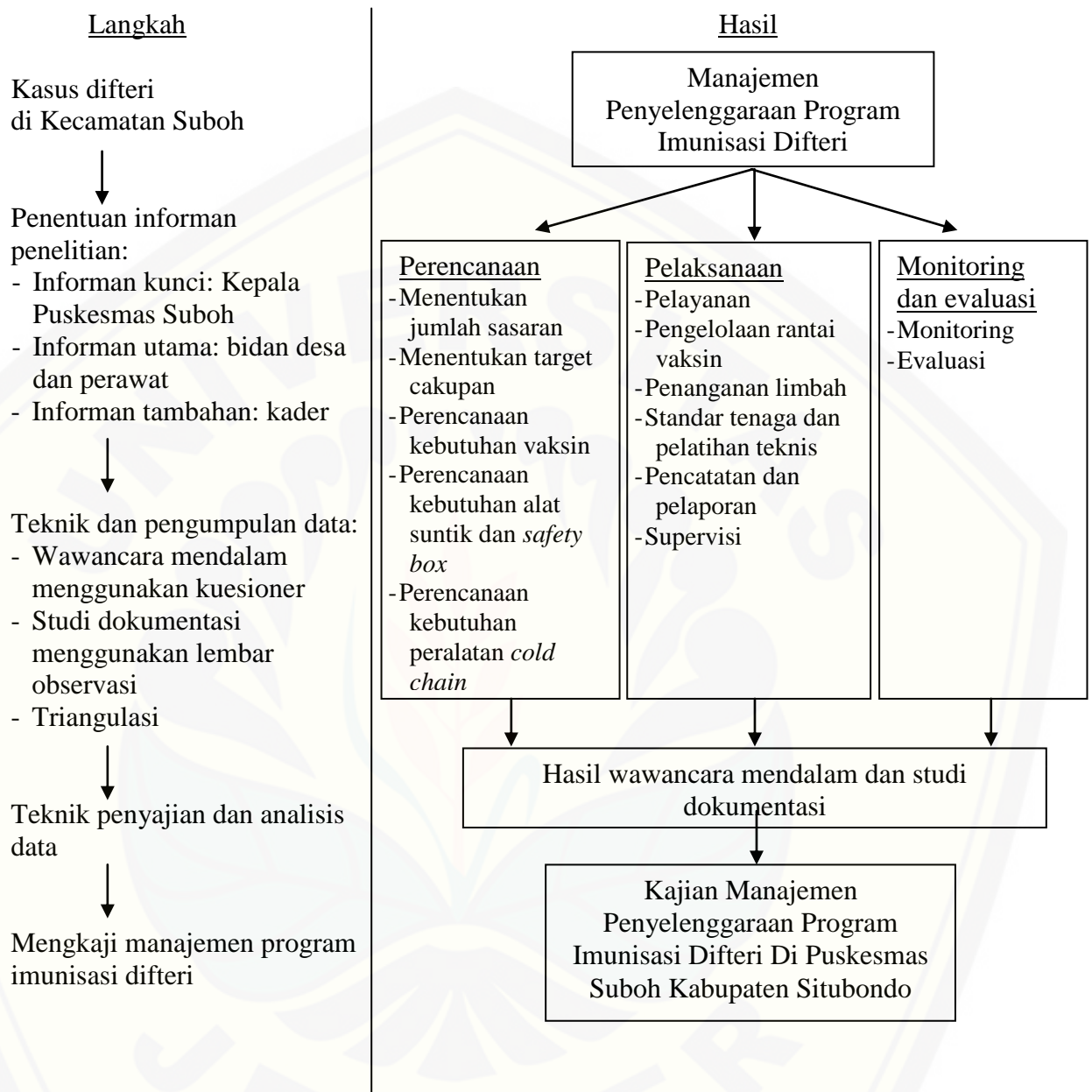
Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Teknik analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan setelah selesai di lapangan (Sugiyono, 2010). Analisis data dalam penelitian kualitatif pada prinsipnya berfokus dalam bentuk induksi-interpretasi-konseptualisasi (Hamidi, 2010). Analisis data dalam penelitian ini antara lain, meliputi:

- a. Proses analisis telah dimulai sejak peneliti menetapkan fokus permasalahan dan lokasi penelitian, kemudian lebih intensif pada saat turun ke lapangan.
- b. Peneliti mengumpulkan dan menyajikan data sebagai tahap awal untuk membuktikan adanya perspektif, dimana data dikumpulkan dari hasil transkrip wawancara mendalam, rekaman dan dianalisis setiap meninggalkan lapangan.
- c. Melakukan uji validitas data dengan triangulasi data yaitu suatu teknik pengecekan data dari berbagai sumber.
- d. Selanjutnya adalah peneliti mulai menangkap secara jelas jawaban dan respon informan kemudian dilakukan interpretasi terhadap pernyataan informan.
- e. Mendeskripsikan pernyataan informan dalam bentuk kalimat langsung dan mengkategorikannya.
- f. Tahap selanjutnya adalah konseptualisasi yaitu peneliti memberikan pernyataan singkat tentang apa yang sebenarnya dialami oleh informan kemudian dihubungkan dengan teori yang ada.

Tahap terakhir dari analisis data adalah mengadakan pemeriksaan keabsahan data (Moleong, 2010). Keabsahan data sangat mendukung dalam penentuan hasil akhir suatu penelitian. Oleh karena itu, diperlukan suatu teknik pemeriksaan data. Teknik keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Hal tersebut dapat dicapai dengan jalan:

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.
- b. Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi.
- c. Membandingkan apa yang dikatakan orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
- d. Membandingkan keadaan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berada dan orang pemerintahan.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Informan

Karakteristik informan utama merupakan salah satu penentu perilaku seseorang. Faktor karakteristik meliputi usia informan, lama bekerja, pendidikan, pengetahuan informan tentang manajemen puskesmas yang berhubungan dengan manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.

Informan kunci dalam penelitian ini adalah Kepala Puskesmas Suboh, dr.R W, berusia 36 tahun dengan pendidikan terakhir adalah S1 Kedokteran dan beliau menetap di Kota Situbondo.

Informan utama dalam penelitian ini adalah 9 orang yang terdiri dari 1 orang pengelola program imunisasi, 5 bidan pelaksana dan 3 perawat yang ada di wilayah kerja Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo. Berdasarkan wawancara mendalam, diperoleh karakteristik informan sebagai berikut:

Tabel 4.1 Karakteristik Informan Utama

Nama	Umur	Pendidikan Terakhir	Peran dan Tanggung jawab
YR	27 tahun	S1 Keperawatan	Pengelola Program Imunisasi
RM	28 tahun	D3 Kebidanan	Bidan Pelaksana
NH	28 tahun	D3 Kebidanan	Bidan Pelaksana
DE	34 tahun	D3 Kebidanan	Bidan Pelaksana
HA	42 tahun	D3 Kebidanan	Bidan Pelaksana
DN	35 tahun	D3 Kebidanan	Bidan pelaksana
N	46 tahun	D3 Keperawatan	Perawat
MI	28 tahun	S1 Keperawatan	Perawat
S	35 tahun	S1 Keperawatan	Perawat

4.1.2 Gambaran Perencanaan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo

Perencanaan adalah salah satu fungsi manajemen yang terpenting, karena berbagai fungsi manajemen lainnya baru dapat berperan apabila perencanaan selesai dilakukan dan semua harus berpedoman pada perencanaan yang telah ditetapkan. Perencanaan sebagai suatu proses rangkaian seharusnya dilakukan secara berurutan antara kegiatan yang satu dengan yang lainnya.

Distribusi perencanaan program imunisasi terdiri dari beberapa indikator yang digunakan yaitu menentukan jumlah sasaran, menentukan jumlah target cakupan, menghitung jumlah kebutuhan vaksin, merencanakan kebutuhan alat suntik dan *safety box* serta merencanakan kebutuhan peralatan *cold chain*. Indikator dalam perencanaan program imunisasi yang telah disebutkan sebelumnya dapat diuraikan seperti di bawah ini.

a. Menentukan jumlah sasaran

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“....setiap tahun buat perencanaan jumlah sasaran, sesuai dengan jumlah bayi yang ada di buku kohort bayi”(YR pada hari Selasa 3 Maret 2015).

“....setiap tahun buat perencanaan jumlah sasaran yang akan diimunisasi. Ada sendiri biasanya dari Dinas Kesehatan. Disana sudah ada jumlah penduduk sama jumlah balitanya berapa habis itu *dikasih* ke masing-masing programer. Jadi perencanaannya dilihat dari jumlah bayi sebelumnya. Itu dah acuannya *kalo mau bikin* perencanaan jumlah sasaran”(RM pada hari Rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa sebelum melakukan perencanaan kebutuhan vaksin terlebih dahulu dilakukan proses penentuan jumlah sasaran imunisasi dalam satu tahun yang akan dilayani di wilayah kerja Puskesmas Suboh.

Berdasarkan studi dokumentasi yang ada di laporan sasaran imunisasi menunjukkan bahwa jumlah sasaran imunisasi DPT di Puskesmas Suboh yang terdiri dari 8 desa yaitu DPT-HB 1 berjumlah 31 bayi, DPT-HB 2 berjumlah 37 bayi dan DPT-HB 3 berjumlah 28 bayi per bulan Desember 2014.

Dengan demikian menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh sudah melakukan perencanaan jumlah sasaran di tiap desa yang terdiri dari 8 desa. Sasaran untuk setiap jenis kegiatan pelayanan imunisasi di Puskesmas Suboh dihitung berdasarkan jumlah penduduk dan jumlah balita, dimana datanya didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.

b. Menentukan target cakupan

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“...sudah ada dari Dinas”(YR pada hari selasa 3 Maret 2015).

“...*kalo* target cakupan ini ditentukan dari Dinas Kesehatan, target ini disesuaikan dengan jumlah balita per desa, disini ada 8 desa *trus* yang *nentukan* bidan koordinatonya Puskesmas”(NH pada hari rabu 25 Maret 2015).

Menentukan target cakupan adalah menetapkan berapa besar cakupan imunisasi yang akan dicapai pada tahun yang direncanakan serta dapat digunakan untuk mengetahui jumlah kebutuhan vaksin yang sebenarnya. Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa target cakupan di Puskesmas Suboh ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo yang disesuaikan dengan jumlah balita per desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Suboh, yang terdiri dari 8 desa.

Dengan demikian menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh sudah melakukan penentuan target cakupan berdasarkan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) di masing-masing desa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Suboh.

c. Perencanaan kebutuhan vaksin

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“...setiap bulan *buat* perencanaan jumlah vaksinnya sesuai dengan jumlah bayi dan jumlah posyandu yang ada di desa”(YR pada hari selasa 3 Maret 2015).

“...harus dihitung tiap bulan berapa kebutuhan vaksinnya sesuai jumlah sasaran yang mau di imunisasi. Nanti laporannya dikirim ke dinas buat rekomendasi pengadaan vaksin yang di butuhkan disini...”(DE pada hari rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh dalam menghitung kebutuhan vaksin sesuai dengan jumlah bayi di setiap desa yang akan mendapatkan imunisasi dan sesuai dengan jumlah posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas Suboh. Berdasarkan studi dokumentasi menunjukkan bahwa jumlah kebutuhan vaksin DPT-HB per tanggal 30 Desember 2014 sebanyak 23 vaksin DPT-HB yang tersebar di 8 desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Suboh.

Dengan demikian menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh sudah melakukan perencanaan kebutuhan vaksin terutama vaksin DPT-HB di tiap desa sesuai dengan jumlah sasaran yang akan diimunisasi.

d. Perencanaan alat suntik, *safety box* dan *cold chain*

Perencanaan kebutuhan alat suntik, *safety box* dan peralatan *cold chain* penting untuk diperhatikan karena jika peralatan alat suntik tidak tersedia dengan cukup maka sasaran akan pulang tanpa diimunisasi.

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“.....kalo alat suntik sama *safety box* kita *gak bikin* perencanaannya mbk. Sama juga *cold chainnya* kita *gak buat* perencanaan dulu, sudah ditentukan dari dinas”(YR pada hari Selasa 3 Maret 2015).

“...sudah ada biasanya dari dinas, jadi kita terima alat suntik, *safety box* sama *cold chain* itu dari dinas disesuaikan dengan jumlah sasaran yang mau di imunisasi”(HA pada hari Senin 30 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa di Puskesmas Suboh tidak dilakukan perencanaan jumlah kebutuhan alat suntik, *safety box* dan *cold chain*. Hal ini dikarenakan untuk perencanaan alat suntik, *safety box* maupun kebutuhan peralatan *cold chain* sudah ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo yang jumlahnya disesuaikan dengan jumlah sasaran yang mau di imunisasi.

4.1.3 Gambaran Pelaksanaan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo

Dalam pelaksanaan program imunisasi juga sama pentingnya dengan perencanaan. Dalam hal ini meliputi pelayanan, pengelolaan rantai vaksin, penanganan limbah, standar tenaga dan pelatihan teknis, pencatatan dan pelaporan, serta supervisi.

a. Pelayanan

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“...persiapan untuk pelayanan imunisasi ya kayak petugas imunisasinya disiapkan, alat suntiknya, vaksinnnya, *safety box* juga harus ada”(YR pada hari selasa 3 Maret 2015).

“...Biasanya kalo mau ada imunisasi ada pengumuman dulu ke orangtua si bayi, minta persetujuannya dulu. *Trus* juga ada semacam penyuluhan tentang imunisasi, apa saja keuntungan sama kerugiannya, efek sampingnya gimana, soalnya takut kaget kan orangtuanya, takut ada *complain*. Tapi kalo kalo yang ke sekolah biasanya kita *pakek* surat pemberitahuan ke kepala sekolah”(MI pada hari rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa sebelum pelayanan imunisasi terlebih dahulu mempersiapkan petugas imunisasi, peralatan alat suntik dan vaksin serta persiapan *safety box*. Setelah itu diadakan kegiatan penyuluhan kepada orangtua bayi tentang manfaat imunisasi, efek samping setelah diimunisasi dan kerugian jika tidak diimunisasi. Penyuluhan tersebut bertujuan untuk mendapatkan persetujuan dari orangtua agar bayinya diberi imunisasi. Kegiatan ini dilakukan dengan melakukan kerjasama lintas program maupun lintas sektoral. Hal ini diperkuat dengan pernyataan dari informan utama dan informan tambahan:

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“...lintas program itu seperti bidan desa, promkes, petugas imunisasi, KIA. *Kalo* lintas sektoralnya seperti pak tinggi, camat, kerjasama dengan sekolah-sekolah, polseknya juga sama PKK dari kecamatan,kader-kader juga ada...”(RM pada hari selasa 3 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh telah melakukan koordinasi melalui lintas program maupun lintas sektoral. Kerjasama lintas program meliputi bidan desa, promkes, petugas imunisasi dan

KIA, sedangkan kerjasama lintas sektoral meliputi Kecamatan Suboh, kepala desa, PKK, kader yang ada di wilayah kerja Puskesmas Suboh.

Dengan demikian menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh sudah menyelenggarakan pelayanan imunisasi sesuai dengan rencana yang dibuat seperti persiapan petugas, persiapan masyarakat melalui kegiatan penyuluhan, pemberian pelayanan dan melakukan koordinasi dengan lintas program maupun lintas sektoral.

b. Pengelolaan rantai vaksin

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“.....vaksinnya itu sudah disediakan dari Dinas Kesehatan, dari Dinas Kesehatan saya *taruh* di *cold chain*, nanti yang polindes dan posyandu datang, kadang itu tiap bulan. Kebutuhan satu bulan vaksin DPTnya diambil habis itu dibawa ke posyandu per pos....”(RM pada hari Selasa 3 Maret 2015).

“.....tiap mau posyandu kita ngambil ke puskesmas *pakek* termos, kadang *kalo* wilayahnya jauh itu satu bulan karena ada kulkasnya sendiri untuk vaksin tiap wilayah. Semua desa punya kulkas khusus *nyimpen* vaksin. Jadi *kalo* wilayahnya jauh itu biasanya untuk satu bulan sudah *ngambil* duluan ke puskesmas”(NH pada hari Rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa vaksin telah disediakan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo dan disimpan di dalam *cold chain*. Ketika akan dilakukan imunisasi, bidan desa mengambil vaksin tersebut ke Puskesmas menggunakan termos. Penyimpanan vaksin di lemari es berdasarkan dengan suhu standar yaitu 2-8°C. Hal ini diperkuat dengan salah seorang informan utama:

“...suhunya harus diperhatikan, 2-8°C itu seharusnya untuk vaksin, kita lihat sendiri di lemari esnya”(YR pada hari Selasa 3 Maret 2015).

“*Kalo* di posyandu vaksin yang sudah dibuka atau sudah di *pakek* itu sudah tidak bisa di *pakek* lagi, jadi sekali pakai langsung di buang”(DE pada hari Selasa 3 Maret 2015).

“*Kalo* mau lihat vaksinnya masih bagus atau *nggak*, dilihat VVMnya, *kalo* uji kocok kita *gak* pernah soalnya uji kocok kan perlu satu minggu jadi *nggak* mungkin kan, jadi cuma dilihat VVMnya, *expirednya* kapan *kalo* sudah *expired* ya *nggak* bisa di *pakek*”(N pada hari Selasa 3 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa vaksin yang sudah dibuka tidak bisa digunakan kembali, maka harus segera dibuang. Puskesmas Suboh sudah dilengkapi VVM yang digunakan untuk memonitor vaksin, layak atau sudah tidak dapat digunakan lagi untuk diberikan ke sasaran.

Berdasarkan studi dokumentasi di Puskesmas Suboh menunjukkan bahwa peralatan yang digunakan dalam pengelolaan rantai vaksin untuk menjaga vaksin pada suhu yang ditetapkan yaitu terdapat satu lemari es khusus penyimpanan vaksin, 3 buah *vaccine carrier* yang dilengkapi 4 buah *cool pack* @ 0,1 liter, namun masih terdapat kekurangan pada jumlah *cool pack* yang dikarenakan hilang ataupun dalam keadaan bocor sehingga tidak bisa digunakan.

Dengan demikian menunjukkan bahwa pengelolaan rantai vaksin di Puskesmas Suboh sudah sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi, mulai dari pengadaan vaksin yang langsung diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, penyimpanan vaksin di dalam lemari es, pengambilan vaksin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo menggunakan *cold chain* dan pemakaian vaksin yang menggunakan VVM.

c. Penanganan limbah

Sampah benda-benda tajam dapat menimbulkan masalah kesehatan dan lingkungan yang serius. Semua alat suntik maupun vaksin setelah digunakan sebaiknya segera dimasukkan ke dalam kotak pengaman atau *safety box*.

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“...harus ada *safety box* tiap kita mau imunisasi di lapangan, di posyandu”(YR pada hari Selasa 3 Maret 2015).

“...jarum suntiknya juga *gitu kalo* sudah di pakai langsung dimasukkan ke *safety box* langsung dimasukkan ke gudang *trus* langsung dibakar di *incenerator*...”(S pada hari Rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa setiap akan melakukan pelayanan imunisasi, petugas menyediakan *safety box*. Alat suntik yang telah digunakan untuk imunisasi disimpan di dalam *safety box* untuk kemudian langsung dibawa ke gudang puskesmas dan dibakar di dalam *incenerator*.

Dengan demikian menunjukkan bahwa penanganan limbah dalam pelayanan imunisasi di Puskesmas Suboh sudah dilakukan secara aman dan sudah sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi, yaitu dengan tersedianya *safety box* di setiap pelayanan imunisasi yang dilaksanakan.

d. Standar tenaga dan pelatihan teknis

Kegiatan imunisasi hanya dapat dilaksanakan oleh petugas imunisasi yang mempunyai latar belakang pendidikan medis atau keperawatan atau petugas lain yang kompeten. Untuk meningkatkan pengetahuan dan atau keterampilan pelatih dan petugas imunisasi perlu mendapatkan pelatihan.

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“...menurut saya belum memenuhi standar karena apa petugas imunisasi yang ada disini belum sepenuhnya petugas imunisasi tapi perawat atau bidan yang merangkap ini itu, jadi masih sebatas perawat saja”(YR pada hari selasa 3 Maret 2015).

“...saya belum pernah ikut pelatihan terkait imunisasi”(MI pada hari rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara dan berdasarkan studi dokumentasi menunjukkan bahwa pelaksana kegiatan imunisasi di Puskesmas Suboh memiliki kualifikasi sesuai standar yang ada pada Kepmenkes No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yaitu lulusan kebidanan dan keperawatan, namun bukan merupakan petugas imunisasi khusus, melainkan bidan atau perawat yang merangkap tugas lainnya. Namun bidan maupun perawat yang menjadi petugas imunisasi belum pernah mengikuti pelatihan teknis terkait pelatihan petugas imunisasi.

e. Pencatatan dan pelaporan

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“...pencatatannya langsung masuk di kohort bayi *trus* direkap setiap bulan laporan ke programer imunisasi *kalo* dari desa. Itu rutin tiap bulan. Pokoknya sebelum tanggal 10 harus sudah lapor. Jadi rekap satu bulan di desa kan ada di kohort bayi setelah itu laporan bulanan ke programer”(YR pada hari selasa 3 Maret 2015).

“Dilakukan pelaporan tiap bulan dari desa dimasukkan ke induk, induk nanti lapor ke Dinas Kesehatan”(RM pada rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa pencatatan hasil kegiatan imunisasi dimasukkan ke dalam buku kohort bayi dan setiap bulan dilaporkan ke programer imunisasi. Setelah dilakukan pencatatan maka langkah selanjutnya adalah pelaporan tiap bulan dari desa dimasukkan ke induk (Puskesmas Suboh) dan melaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo. Namun pada kenyataannya sistem pelaporan dari Puskesmas Suboh ke Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo tidak tepat waktu yaitu satu bulan sekali selambat-lambatnya tanggal 5. Hal ini diperkuat dengan pernyataan dari informan kunci bahwa:

“...kadang bidan desanya telat pelaporannya ke sini, jadi *kalo* desa sudah telat laporannya ke induk saya juga telat pelaporannya ke Dinas Kesehatan”(RW pada hari selasa 3 Maret 2015).

Berdasarkan studi dokumentasi, Puskesmas Suboh dapat menunjukkan pencatatan dan pelaporan kegiatan imunisasinya. Pencatatan tersebut adalah pencatatan imunisasi rutin batita pada tahun 2015 dan pencatatan stok vaksin. Selain itu, pelaporan kegiatan imunisasi meliputi laporan imunisasi, laporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) dan laporan pemakaian vaksin yang diisi secara lengkap dan sebaiknya tepat waktu.

f. Supervisi

Hasil wawancara dengan informan utama menjelaskan:

“...ada supervisi dari kepala puskesmas *kayak* cakupannya kurang ditanyakan kenapa *trus* penyelesaiannya gimana biar tercapai UCI, alat buat imunisasi sama vaksinnya apa ada yang kurang, apa ada PD3I”(YR pada hari selasa 3 Maret 2015).

“Dari Kepala Puskesmas juga ada supervisinya. Kita kan laporan setiap bulan *tuh*, jadi langsung di supervisi sama Kepala Puskesmas jadi ketahuan apanya yang kurang apanya yang perlu diperbaiki”(S pada hari rabu 25 Maret 2015).

“...tiap bulan minilok biasanya ditanyakan sama Kepala Puskesmas”(HA pada hari rabu 25 Maret 2015).

“Yang disupervisi itu seperti masalah target capaian, sudah UCI semua apa belum, *trus* apa lagi itu masalah *cold chain*....”(NH pada hari senin 30 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa supervisi telah diberikan oleh kepala puskesmas selaku penanggung jawab program imunisasi kepada seluruh karyawan di Puskesmas Suboh yang dilakukan setiap bulan melalui minilok puskesmas. Hal yang di supervisi seperti cakupan dan target imunisasi, peralatan imunisasi dan vaksin serta capaian UCI di setiap desa.

Berdasarkan studi dokumentasi menunjukkan bahwa pada tanggal 9 Desember 2014 dilakukan minilok puskesmas di Puskesmas Suboh yang dihadiri oleh Kepala Puskesmas dan 58 peserta. Pada minilok tersebut membahas masalah KIA dan imunisasi. Permasalahan yang dibahas yaitu terdapat 1 desa yang tidak UCI yaitu desa Buduan karena tidak tercapainya target cakupan imunisasi di desa tersebut.

4.1.4 Gambaran Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo

a. Monitoring

Hasil wawancara dengan informan kunci menjelaskan:

“...pengawasan ya setiap sebulan sekali. Misalnya apakah perlu kita melakukan suatu *sweeping*. Kan mereka laporan tiap bulan harus tanda tangan saya. Jadi dilihat mengapa cakupannya bisa kurang, mengapa rendah, apa yang perlu dilakukan....”(RW pada hari selasa 3 Maret 2015).

”...*kalo* saya pemantauannya langsung desa, nanti kan laporan ke Kepala Puskesmas untuk di monitoring apa saja yang kurang, perlu solusi....”(YR pada hari rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa Kepala Puskesmas melakukan monitoring terhadap kegiatan imunisasi setiap satu bulan sekali. Hal ini bertujuan untuk mengetahui apa saja kendala ataupun kekurangan selama pelayanan imunisasi berlangsung dan untuk mendapatkan tindak lanjut. Monitoring merupakan aktivitas yang dilakukan kepala puskesmas untuk melihat, memantau jalannya organisasi selama kegiatan berlangsung dan menilai

ketercapaian tujuan, melihat faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program imunisasi.

b. Evaluasi

Hasil wawancara dengan informan kunci menjelaskan:

“...Setiap bulan kita adakan pertemuan berkala di Puskesmas untuk membahas program imunisasi. Jadi setiap bulan kita lakukan evaluasi. Yang hadir itu..ada 2 pertemuan, lokbul sama lokmin. *Kalo* lokbul yang hadir itu ya pihak internal puskesmas, artinya kepala puskesmas sama staf puskesmas. *Kalo* lokmin yang hadir itu ibu-ibu kader. Sementara ini yang kita lakukan untuk evaluasi itu melalui lokbul dan lokmin”(RW Pada hari Selasa 3 Maret 2015).

Hasil wawancara dengan informan kunci menjelaskan:

“...kepala puskesmas biasanya *ngadakan* lokmin sama lokbul...”(S pada hari Rabu 25 Maret 2015).

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa di Puskesmas Suboh sudah dilakukan evaluasi penyelenggaraan imunisasi melalui pertemuan berkala di Puskesmas suboh yang dihadiri oleh pihak internal puskesmas.

Berdasarkan penelitian melalui wawancara mendalam dan melalui studi dokumentasi menunjukkan bahwa Puskesmas sudah melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan imunisasi, maka dapat dikatakan bahwa sudah sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa monitoring dan evaluasi merupakan bagian terakhir dari proses manajemen penyelenggaraan program imunisasi yang berperan penting dalam mengetahui keberhasilan suatu program imunisasi. Dengan begitu kesenjangan atau penyimpangan dapat terdeteksi, dicegah dan dikendalikan. Jika terjadi kesenjangan atau penyimpangan maka harus segera diatasi.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Gambaran Perencanaan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo

Perencanaan adalah salah satu fungsi manajemen yang terpenting, karena berbagai fungsi manajemen lainnya baru dapat berperan apabila perencanaan selesai dilakukan dan semua harus berpedoman pada perencanaan yang telah

ditetapkan. Penyusunan perencanaan merupakan tanggung jawab kepala Puskesmas sebagai pengelola program. Sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa perencanaan merupakan bagian yang sangat penting dalam pengelolaan program imunisasi. Dengan perencanaan yang baik, kegiatan pelayanan imunisasi dapat berjalan dengan baik pula. Pada dasarnya dalam perhitungan kebutuhan pelayanan imunisasi harus berasal dari unit puskesmas untuk menghindari terjadinya kelebihan, kekurangan atau tidak sesuai dengan situasi riil di wilayah kerja.

Indikator pertama adalah menentukan jumlah sasaran. Berdasarkan penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh sudah melakukan perencanaan jumlah sasaran di tiap desa yang terdiri dari 8 desa. Sasaran untuk setiap jenis kegiatan pelayanan imunisasi di Puskesmas Suboh dihitung berdasarkan jumlah penduduk dan jumlah balita, dimana datanya didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa sasaran untuk setiap jenis kegiatan pelayanan imunisasi dihitung berdasarkan angka jumlah penduduk, pertambahan penduduk serta angka kelahiran dari hasil sensus penduduk atau Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) yang dilakukan oleh Biro Pusat Statistik (BPS). Cara yang digunakan dalam menghitung jumlah sasaran bayi berdasarkan pada besarnya angka presentase kelahiran bayi dari jumlah penduduk masing-masing wilayah atau dapat berdasarkan besarnya jumlah sasaran bayi tahun lalu yang diproyeksikan untuk tahun ini. Namun masih terdapat kekurangan dalam penggunaan data SUPAS tersebut yaitu adanya perbedaan jumlah sasaran dengan jumlah penduduk riil.

Kesesuaian dalam penentuan jumlah sasaran tersebut dikarenakan kegiatan ini merupakan salah satu kegiatan yang penting untuk digunakan sebagai dasar perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi penyelenggaraan imunisasi di Puskesmas Suboh. Sebelum melakukan perencanaan vaksin terlebih

dahulu harus menentukan jumlah sasaran imunisasi dalam satu tahun yang akan dilayani.

Indikator kedua adalah menentukan target cakupan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh sudah melakukan penentuan target cakupan berdasarkan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) di masing-masing desa yang berada di wilayah kerja Puskesmas Suboh.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa target cakupan diperoleh dengan menganalisis situasi. Dalam menganalisis situasi puskesmas menyiapkan data wilayah, data jumlah tenaga, data jumlah peralatan imunisasi, data unit pelayanan yang ada, data kesakitan, data kematian, data hasil PWS, dan data hasil evaluasi tahun sebelumnya. Dengan membuat grafik PWS perdesa setiap bulan maka hasil cakupan dapat dianalisis dan kecenderungan dari masing-masing jenis imunisasi dapat diketahui.

Kesesuaian dalam penentuan target cakupan tersebut dikarenakan dapat membantu mengetahui kekurangan cakupan atau beban yang harus dicapai setiap bulan, dan apabila tidak dilakukan maka beban tersebut akan terus menumpuk dan mungkin UCI desa/kelurahan tersebut sulit dicapai.

Indikator ketiga adalah perencanaan kebutuhan vaksin. Berdasarkan penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh telah melakukan perencanaan kebutuhan vaksin terutama vaksin DPT-HB di tiap desa sesuai dengan jumlah sasaran yang akan diimunisasi.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa puskesmas mengirimkan rencana kebutuhan vaksin ke kabupaten/kota. Kompilasi dilakukan oleh kabupaten untuk selanjutnya angka kebutuhan per kabupaten/kota ini dikirimkan ke propinsi untuk dilanjutkan ke pusat untuk proses pengadaan.

Indikator keempat adalah perencanaan alat suntik, *safety box* dan peralatan *cold chain*. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh tidak melakukan perencanaan kebutuhan alat suntik, *safety box* dan peralatan *cold chain*.

Hal ini tidak sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa perencanaan kebutuhan alat suntik dan *safety box* tidak dapat dipisahkan dengan perencanaan kebutuhan vaksin. Selain itu perencanaan peralatan *cold chain* dibuat secara khusus untuk menjaga potensi vaksin. Menghitung kebutuhan alat suntik berdasarkan pada jumlah cakupan yang akan dicapai tahun ini dan jumlah dosis pemberian imunisasi. *Safety box* adalah kotak tempat pembuangan limbah medis tajam dengan tujuan untuk keamanan bagi petugas, sasaran dan masyarakat. Sarana *cold chain* dibuat secara khusus untuk menjaga potensi vaksin dan setiap jenis sarana *cold chain* mempunyai kelebihan dan kekurangan masing-masing.

Ketidaksesuaian dalam perencanaan alat suntik, *safety box* dan peralatan *cold chain* dikarenakan sudah ditentukan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, sehingga petugas imunisasi tidak merasa berkewajiban menghitung kebutuhan peralatan tersebut.

4.2.2 Gambaran Pelaksanaan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo

Indikator pertama adalah pelayanan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa Puskesmas Suboh telah menyelenggarakan pelayanan imunisasi sesuai dengan rencana yang dibuat seperti persiapan petugas, persiapan masyarakat melalui kegiatan penyuluhan, pemberian pelayanan dan melakukan koordinasi dengan lintas program maupun lintas sektoral.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa program imunisasi dituntut untuk melaksanakan ketentuan program secara efektif dan efisien. Untuk itu pengelola program imunisasi harus dapat menjalankan fungsi koordinasi dengan baik, yaitu dengan melakukan kerjasama lintas program dan kerjasama lintas sektoral.

Kesesuaian dalam pemberian pelayanan imunisasi tersebut dikarenakan persiapan dan penggerakan masyarakat mutlak dilakukan untuk mensukseskan pelayanan imunisasi. Penggerakan pelaksanaan merupakan penggalangan

kerjasama tim untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana kerja imunisasi melalui upaya koordinasi. Koordinasi perlu dilakukan untuk menggalang kerjasama tim agar manajemen sederhana dalam lingkup program imunisasi tercipta, terutama dalam pembagian tugas dan pembuatan rencana kerja harian.

Indikator kedua adalah pengelolaan rantai vaksin. Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa vaksin untuk pelayanan imunisasi diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo serta Puskesmas Suboh telah dilengkapi dengan VVM yang digunakan untuk memonitor vaksin, layak atau sudah tidak dapat digunakan lagi untuk diberikan ke sasaran yang akan mendapatkan imunisasi.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa pengelolaan rantai vaksin terdiri dari pengadaan vaksin, penyimpanan vaksin dan pemakaian vaksin. Selama pelayanan imunisasi, vaksin dan pelarutnya harus disimpan dalam *vaccine carrier* dengan menggunakan *cool pack* agar suhu tetap terjaga pada temperatur 2°-8°C dan vaksin yang sensitif terhadap pembekuan tidak beku. Vaksin yang dipakai adalah vaksin yang poten dan aman. Sisa vaksin yang belum dibuka diberi tanda khusus untuk didahulukan penggunaannya pada jadwal pelayanan berikutnya selama VVM-nya masih baik, sedangkan vaksin yang sudah dibuka harus dibuang. VVM sangat membantu petugas dalam manajemen stok vaksin secara cepat dengan melihat perubahan warna pada indikator yang ada.

Kesesuaian dalam pengelolaan rantai vaksin tersebut dilakukan untuk menghindari kekecewaan masyarakat yang menjadi sasaran imunisasi di wilayah kerja Puskesmas Suboh.

Indikator ketiga adalah penanganan limbah. Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa penanganan limbah imunisasi di Puskesmas Suboh sudah dilakukan secara aman, yaitu dengan tersedianya *safety box* di setiap pelayanan imunisasi yang dilaksanakan.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa semua alat suntik setelah digunakan sebaiknya segera dimasukkan ke dalam kotak

pengaman. Kotak ini tahan air dan tusukan sehingga jarum tidak dapat menembusnya dan jika tidak tersedia kotak pengaman bisa menggunakan bahan-bahan lokal seperti kertas karton untuk membuat wadah benda-benda tajam yang aman dan fungsional.

Kesesuaian dalam penanganan limbah tersebut dikarenakan limbah hasil pelayanan imunisasi dapat menimbulkan masalah kesehatan, mencemari lingkungan dan membahayakan lingkungan apabila tidak dilakukan secara aman. Maka dari itu perlu adanya penanganan khusus untuk limbah alat suntik bekas pakai maupun limbah lainnya.

Indikator keempat adalah standar tenaga dan pelatihan teknis. Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa standar tenaga di Puskesmas Suboh sudah memiliki kualifikasi yang sesuai namun pelaksana imunisasi belum pernah mengikuti pelatihan teknis imunisasi.

Hal ini tidak sesuai dengan Kepmenkes No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa standar tenaga petugas imunisasi adalah tenaga perawat atau bidan yang telah mengikuti pelatihan untuk petugas imunisasi. Untuk meningkatkan pengetahuan dan/atau keterampilan pelatih dan petugas imunisasi perlu dilakukan pelatihan. Petugas imunisasi yang telah mengikuti pelatihan diberikan tanda bukti pelatihan berupa sertifikat pelatihan dan memiliki modul materi dasar kebijakan program imunisasi.

Ketidaksesuaian dalam standar tenaga dan pelatihan teknis tersebut dikarenakan petugas imunisasi baru setahun memegang program imunisasi dan kurangnya perhatian dari Kepala Puskesmas terhadap petugas imunisasi untuk mengikuti pelatihan teknis imunisasi.

Indikator kelima adalah pencatatan dan pelaporan. Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa pencatatan dan pelaporan imunisasi di Puskesmas Suboh sudah sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yaitu pencatatan yang meliputi pencatatan imunisasi rutin batita dan pencatatan stok vaksin, sedangkan pelaporannya meliputi laporan imunisasi, laporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) dan laporan pemakaian vaksin pemakaian vaksin yang diisi

secara lengkap dan sebaiknya tepat waktu. Pencatatan dan pelaporan imunisasi di Puskesmas Suboh dapat dilihat pada lampiran.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa pencatatan untuk tingkat puskesmas meliputi hasil cakupan, pencatatan vaksin, pencatatan suhu lemari es dan pencatatan logistik. Pencatatan ini dilakukan oleh pelaksana imunisasi yaitu bidan desa. Pelaporan dilakukan oleh setiap unit yang melakukan kegiatan imunisasi, mulai dari puskesmas pembantu, puskesmas, rumah sakit umum, balai imunisasi swasta, rumah sakit swasta dan rumah bersalin kepada pengelola program di tingkat administrasi yang sesuai. Pelaporan dari tingkat puskesmas ke kabupaten/kota dilakukan selambat-lambatnya tanggal 5 pada bulan berikutnya.

Kesesuaian dalam pencatatan dan pelaporan tersebut dikarenakan memegang peranan penting dan sangat menentukan dalam manajemen program imunisasi. Selain menunjang pelayanan imunisasi juga menjadi dasar untuk membuat perencanaan maupun evaluasi.

Indikator keenam adalah supervisi. Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa supervisi sudah dilakukan oleh Kepala Puskesmas Suboh yang dilakukan setiap bulan melalui minilok puskesmas.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa pembinaan dari atas (supervisi) sangat diperlukan untuk meningkatkan mutu program. Puskesmas mendapatkan supervisi dari petugas Kabupaten atau Dinas Kesehatan Kabupaten, sedangkan petugas imunisasi mendapatkan supervisi dari Kepala Puskesmas. Hal-hal yang disupervisi adalah cakupan dan target imunisasi, data PD3I, ketenagaan, peralatan imunisasi, vaksin dan *cold chain*, pencatatan dan pelaporan, hasil kerjasama lintas program/sektoral, serta masalah yang ditemukan.

Kesesuaian dalam supervisi tersebut dikarenakan Kepala Puskesmas Suboh ingin meningkatkan mutu program imunisasi yang dilakukan serta untuk mencapai tujuan akhir program imunisasi yaitu menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat PD3I.

4.2.3 Gambaran Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo

Kegiatan monitoring dan evaluasi ditujukan pada suatu program yang sedang atau sudah berlangsung. Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa Kepala Puskesmas Suboh selaku penanggungjawab program imunisasi telah melakukan kegiatan monitoring setiap satu bulan sekali.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa monitoring merupakan aktivitas yang dilakukan pimpinan untuk melihat, memantau jalannya organisasi selama kegiatan berlangsung dan menilai ketercapaian tujuan, melihat faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program. Alat pemantauan yang dimiliki program imunisasi adalah Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) yang berfungsi untuk meningkatkan cakupan, jadi sifatnya lebih memantau kuantitas program. Pembuatan PWS berdasarkan prinsip dimanfaatkan sendiri atau sebagai umpan balik untuk dapat mengambil tindakan daripada hanya dikirim sebagai laporan. Apabila tidak dilakukan PWS maka tidak akan dapat menilai ketercapaian tujuan serta melihat faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program sehingga tidak bisa melakukan pengambilan keputusan dengan tepat. Analisis terkait hasil PWS tersebut hanya dilakukan oleh koordinator imunisasi di Puskesmas.

Kesesuaian dalam monitoring tersebut dikarenakan Kepala Puskesmas ingin mengetahui apa saja kendala yang terjadi selama pelayanan imunisasi berlangsung dan kemudian mendapatkan tindak lanjut. Dalam monitoring (pemantauan) dikumpulkan data dan dianalisa, hasil analisa diinterpretasikan dan dimaknakan sebagai masukan bagi pimpinan untuk mengadakan perbaikan.

Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa selain kegiatan monitoring, informan juga menjelaskan bahwa terdapat kegiatan evaluasi terhadap pelaksanaan imunisasi, yaitu dengan diadakannya pertemuan berkala di Puskesmas. Pertemuan tersebut meliputi lokakarya bulanan dan lokakarya mini.

Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi yang menyebutkan bahwa tujuan

dari evaluasi adalah untuk mengetahui hasil ataupun proses kegiatan bila dibandingkan dengan target atau yang diharapkan. Tindak lanjut dari pembuatan PWS salah satunya adalah memanfaatkan PWS pada pertemuan yang diadakan di Puskesmas. Pertemuan yang dimaksud adalah lokakarya mini di tingkat Puskesmas yang dilakukan setiap bulan. PWS tersebut dipergunakan untuk menginformasikan hasil yang telah dicapai oleh Puskesmas, identifikasi masalah, merencanakan perbaikan dan penyusunan rencana operasional.

Kesesuaian dalam evaluasi tersebut dikarenakan untuk mengetahui hasil dari kegiatan imunisasi dengan target cakupan yang diharapkan oleh Puskesmas Suboh. Beberapa macam kegiatan evaluasi dilakukan secara berkala dalam program imunisasi. Salah satu yang perlu dilakukan evaluasi adalah cakupan per tahun. Untuk setiap antigen grafik cakupan per tahun dapat memberikan gambaran secara keseluruhan tentang adanya kecenderungan tingkat pencapaian cakupan imunisasi, indikasi adanya masalah dan acuan untuk memperbaiki kebijaksanaan atau strategi yang perlu diambil untuk tahun berikutnya.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan tentang kajian manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Perencanaan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh yang sudah dilakukan meliputi menentukan jumlah sasaran, menentukan target cakupan dan perencanaan kebutuhan vaksin. Perencanaan yang belum dilakukan oleh Puskesmas Suboh adalah perencanaan alat suntik, *safety box* dan kebutuhan peralatan *cold chain*.
- b. Pelaksanaan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh yang sudah dilakukan sesuai Kepmenkes No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi meliputi pelayanan, pengelolaan rantai vaksin, penanganan limbah, pencatatan dan pelaporan serta supervisi. Permasalahan pada pelaksanaan yang belum berjalan dengan benar yaitu pada indikator standar tenaga dan pelatihan teknis.
- c. Monitoring dan evaluasi program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh sudah berjalan sesuai dengan ketentuan yang ada pada Kepmenkes No.1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang diambil, maka saran yang dapat diberikan sebagai upaya perbaikan manajemen program imunisasi di Puskesmas Suboh khususnya dan seluruh Puskesmas di Kabupaten Situbondo pada umumnya adalah sebagai berikut:

- a. Puskesmas Suboh diharapkan lebih meningkatkan kuantitas dan kualitas alat imunisasi termasuk *cold chain* dengan melakukan perencanaan terkait kebutuhan alat suntik dan *safety box* serta peralatan *cold chain*.
- b. Diharapkan bagi petugas imunisasi untuk mengikuti pelatihan teknis imunisasi sesuai dengan kualifikasi standar tenaga pelaksana imunisasi.

- c. Bidan desa lebih memperhatikan ketepatan waktu dalam proses pelaporan ke Puskesmas Suboh.
- d. Diharapkan Kepala Puskesmas dapat mempertahankan dan meningkatkan kegiatan supervisi yang dilakukan secara rutin setiap bulan di Puskesmas.



DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. 2006. *Imunisasi Mengapa Perlu?*. Jakarta: Buku Kompas.
- Ariebowo. 2005. *Analisis Faktor-faktor Organisasi yang Berhubungan Dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Batang*. Semarang: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Ayuningtyas, D. 2013. *Perencanaan Strategis untuk Organisasi Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.
- Azwar, A. 1998. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: Binapura Aksara.
- Bungin, B. 2001. *Metodologi Penelitian Sosial: Format-format Kuantitatif dan Kualitatif*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Bungin, B. 2011. *Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Pedoman Teknis Imunisasi Tingkat Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo. 2013. *Data Kasus Difteri Tahun 2011-2013*. Tidak dipublikasikan. Situbondo: Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo. 2014. *Data Kasus Difteri Tahun 2014*. Tidak dipublikasikan. Situbondo: Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2014. *Diphtheria*. [serial online] <http://dinkes.jatimprov.go.id/> (10 Oktober 2014).
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2014. *Penanggulangan KLB Difteri di Jawa Timur*. [serial online] <http://dinkes.jatimprov.go.id/> (10 Oktober 2014).
- Endang, R. 2006. *Pengenalan Studi Kualitatif*. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Pemberantasan Penyakit.
- Hamidi. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Malang: UMM Pres.
- Hartono. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 *Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1611/MENKES/SK/XI/2005 *Tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Mantra, I.B. 2004. *Filsafat Penelitian dan Metodologi Penelitian Sosial*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Moerdiyanto. 2009. *Teknik Monitoring dan Evaluasi (MONEV) Dalam Rangka Memperoleh Informasi untuk Pengambilan Keputusan Manajemen*. [serial online] staff.uny.ac.id/sites/20Moerdiyanto/ARTIKEL20MONEV.pdf (10 Maret 2015).
- Moleong. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Muninjaya, A. 2004. *Manajemen Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nazir. 2003. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Notoadmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75/PERMENKES/2014 *Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Proverawati, A. 2010. *Imunisasi dan Vaksinasi*. Yogyakarta: Nuha Offset.
- Puskesmas Suboh. 2014. *Data Kasus Difteri Tahun 2013-2014*. Tidak dipublikasikan. Situbondo: Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo.
- Ridwan. 2002. *Skala Pengukuran Variabel-variabel Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta
- Sahara, R. 2001. *Analisis Sistem Manajemen Puskesmas Dalam Program Imunisasi Campak di Puskesmas Kabupaten Musi Banyuasin Tahun 2000*[Serial Online] <http://digiliblitbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2001-sahara2c-2324-manajemen> (10 Oktober 2013).
- Soedjatmiko. 2012. *Tanya Jawab Kealalalan dan Keamanan Vaksin* [Serial Online] http://dinkes.jatimprov.go.id/contentdetail/11/2/149/tanya_jawab_kehalalalan_dan_keamanan_vaksin.html (10 Oktober 2013).

- Soegijanto. 2004. *Kumpulan Makalah Penyakit Tropis dan Infeksi di Indonesia Jilid I*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Subagio, A. 2003. *Kajian Fungsi Manajemen Puskesmas Dalam Program Imunisasi di Kabupaten Pelalawan-Riau Tahun 2003*. [Serial Online] <http://www.digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=77757> (10 Oktober 2013).
- Sudigdo. 2002. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Mandar Maju.
- Sugiarto, dkk. 2003. *Teknik Sampling*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Sugiyono. 2010. *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif & R dan D*. Bandung: Alfabeta.
- Suyanto, B. 2005. *Metodologi Penelitian Sosial: Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta: Kencana.

Lampiran A. Pengantar Panduan Wawancara

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, 322995 Fax
(0331) 322995 Jember 68121

**Judul : Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di
Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo Tahun 2013**

Dengan hormat,

Dalam rangka untuk penulisan skripsi yang merupakan tugas akhir dalam memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka peneliti mohon kesediaan anda untuk mengisi panduan wawancara ini.

Panduan wawancara penelitian ini bertujuan untuk mengkaji manajemen penyelenggaraan program imunisasi difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo. Oleh karena itu, besar harapan peneliti agar anda menjawab pertanyaan-pertanyaan yang peneliti berikan dengan sejujur-jujurnya.

Setiap jawaban yang anda berikan mempunyai arti yang sangat penting dan tidak ternilai bagi peneliti. Penelitian ini tidak akan berjalan jika peneliti tidak mendapatkan informasi yang dapat mendukung penyediaan data penelitian ini.

Atas perhatian dan kerjasamanya, peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya.

Situbondo, Februari 2015
Peneliti

Windi Syelvia M
NIM 082110101011

Lampiran B. Lembar Persetujuan

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, 322995 Fax
(0331) 322995 Jember 68121

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan persetujuan saya untuk membantu dengan menjadi subjek penelitian/informan dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Windi Syelvia Merindani

NIM : 082110101011

Judul : Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo Tahun 2013

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan resiko atau dampak apapun pada subjek penelitian/informan, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan wawancara yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela dan tanpa tekanan untuk ikut sebagai subjek penelitian/informan dalam penelitian ini.

Situbondo, Februari 2015

Responden,

(.....)

Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Kunci

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, 322995 Fax
(0331) 322995 Jember 68121

**Judul : Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di
Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo Tahun 2013**

Tanggal Wawancara :

Petunjuk Panduan Wawancara

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon menjawab pertanyaan dengan jujur.

Identitas Informan

Nama :

Umur : Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Wawancara mendalam dengan informan kunci:

A. Perencanaan

1. Dalam penyelenggaraan program imunisasi, apakah Anda melakukan kegiatan perencanaan terlebih dahulu?
2. Jika membuat perencanaan, perencanaan apa saja yang dibuat?
3. Jika tidak, apa alasan sehingga tidak membuat perencanaan?
4. Dalam penyusunan perencanaan, siapa saja yang terlibat?
5. Apakah ada hambatan dalam penyusunan perencanaan program imunisasi?

B. Monitoring dan Evaluasi

6. Seperti apa bentuk monitoring yang dilakukan dalam program imunisasi?
7. Kapan pengawasan terhadap program imunisasi itu dilakukan?

8. Apakah Anda juga melakukan evaluasi terhadap program imunisasi yang telah diselenggarakan?
9. Untuk apa Anda melakukan evaluasi terhadap program imunisasi?
10. Apakah ada jadwal rutin untuk evaluasi?
11. Siapa saja yang menghadiri rapat evaluasi?



Lampiran D. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**
Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, 322995 Fax
(0331) 322995 Jember 68121

**Judul : Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di
Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo Tahun 2013**

Tanggal Wawancara :

Petunjuk Panduan Wawancara

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon menjawab pertanyaan dengan jujur.

Identitas Informan

Nama :

Umur : Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Wawancara mendalam dengan informan utama:

A. Perencanaan

1. Apakah Anda membuat perencanaan jumlah sasaran setiap tahun?
2. Jika iya, bagaimana cara Anda membuat perencanaan jumlah sasaran?
3. Jika tidak, bagaimana cara Anda mengetahui jumlah sasaran setiap tahun?
4. Dalam menentukan jumlah sasaran menggunakan sumber resmi seperti BPS? Jika ada sumber lain, sebutkan!
5. Apakah Anda membuat target cakupan?
6. Bagaimana cara Anda membuat perencanaan target cakupan yang harus dicapai setiap bulan?
7. Apakah Anda membuat perencanaan kebutuhan jumlah vaksin?

8. Jika iya, bagaimana cara Anda membuat perencanaan kebutuhan jumlah vaksin?
9. Jika tidak, bagaimana cara Anda mengetahui kebutuhan jumlah vaksin?
10. Apakah Anda membuat perencanaan kebutuhan jumlah alat suntik?
11. Apakah Anda membuat perencanaan kebutuhan jumlah *safety box*?
12. Apakah Anda membuat perencanaan kebutuhan peralatan *cold chain*?

B. Pelaksanaan

1. Pelayanan

13. Apa sajakah yang Anda siapkan sebelum memberikan pelayanan imunisasi?
14. Sebelum memberikan pelayanan imunisasi, apakah Anda mempersiapkan masyarakat untuk menerima pelayanan imunisasi?
15. Apakah sebelum memberikan pelayanan imunisasi, Anda memberikan penyuluhan terhadap ibu dari bayi sasaran?
16. Apakah ada jadwal rutin dalam pemberian imunisasi?
17. Berapa kali dalam satu tahun terakhir puskesmas memberikan pelayanan imunisasi difteri?
18. Kerjasama dengan lintas program apa saja yang telah Anda lakukan untuk mendukung keberhasilan program imunisasi?
19. Kerjasama dengan lintas sektor apa saja yang telah Anda lakukan untuk mendukung keberhasilan program imunisasi?

2. Pengelolaan Rantai Vaksin

20. Bagaimana pengadaan vaksin untuk program imunisasi?
21. Bagaimana cara penyimpanan vaksin agar terhindar dari faktor-faktor yang dapat merusak kualitas vaksin dan menghindari terjadinya penumpukan vaksin?
22. Bagaimana pendistribusian vaksin dari puskesmas ke bidan desa sebagai pelaksana?
23. Bagaimana prinsip pemakaian vaksin?

3. Penanganan Limbah

24. Apakah Anda melakukan penanganan limbah jarum suntik dengan aman?

25. Apakah Anda menyediakan *safety box* pada saat pemberian pelayanan imunisasi?
26. Apakah Anda melakukan pemusnahan terhadap jarum suntik yang telah terkumpul di dalam *safety box*?

4. Standar Tenaga dan Pelatihan Teknis

27. Apakah tenaga imunisasi memiliki kualifikasi sesuai standar yaitu bidan atau perawat?
28. Apakah Anda pernah mengikuti pelatihan teknis tenaga pelaksana imunisasi?
29. Jika pernah, pelatihan tentang apa?

5. Pencatatan dan Pelaporan

30. Apakah Anda membuat pencatatan tersebut secara rutin ke puskesmas?
31. Meliputi apa saja pencatatan tersebut?
32. Pada tanggal berapakah Anda melakukan pelaporan ke puskesmas?

6. Supervisi dan Bimbingan Teknis

33. Adakah kegiatan supervisi *intern* yang rutin dilakukan oleh kepala puskesmas?
34. Hal apa saja yang disupervisi?
35. Apakah Anda pernah mendapatkan bimbingan teknis dari tingkat Kabupaten?
36. Jika pernah, bagaimana bentuk bimbingan teknis tersebut?

C. Monitoring dan Evaluasi

37. Bagaimana cara Anda melakukan pemantauan terhadap kegiatan imunisasi?
38. Jika terdapat kasus PD3I, apakah Anda mengaitkan hasil analisa PWS dengan PD3I?
39. Bagaimana tindak lanjut hasil analisa PWS?
40. Bagaimana cara Anda melakukan evaluasi terhadap cakupan imunisasi?
41. Apakah hasil evaluasi tersebut dibahas bersama dalam pertemuan lokakrya mini di puskesmas?

Lampiran E. Lembar Observasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 337878, 322995 Fax
(0331) 322995 Jember 68121

**Judul : Kajian Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi Difteri di
Puskesmas Suboh Kabupaten Situbondo Tahun 2013**

No	Hal Yang di Observasi	Pilihan
Manajemen Program Imunisasi		
I. Perencanaan		
1.	Dokumen jumlah sasaran	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
2.	Data cakupan imunisasi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
3.	Data jumlah tenaga imunisasi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
4.	Data jumlah peralatan imunisasi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
II. Pelaksanaan		
5.	Jadwal pemberian imunisasi di Puskesmas	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
6.	Jadwal Posyandu	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
7.	Vaksin disimpan dalam <i>vaccine carrier</i> pada saat pelayanan	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
8.	Tersedia 4 buah <i>cool pack</i> di dalam <i>vaccine carrier</i>	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
9.	<i>Safety box</i> pada saat pelayanan	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
10.	Sertifikat pelatihan atau modul materi dasar kebijakan program imunisasi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
11.	Pencatatan imunisasi rutin batita	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
12.	Buku pencatatan stok vaksin	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
13.	Pencatatan keluar masuknya vaksin menurut tanggal kadaluarsa dalam buku pencatatan stok vaksin	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
14.	Laporan cakupan imunisasi	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak

15.	Laporan pemakaian vaksin	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
16.	Laporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
17.	Notulensi hasil kegiatan supervisi yang dilakukan oleh puskesmas	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
III. Monitoring dan Evaluasi		
18.	Hasil Analisa PWS (Pemantauan Wilayah Setempat)	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
19.	Notulensi hasil lokakarya mini bulanan yang dilakukan oleh puskesmas penelitian	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak

Lampiran F. SOP Pelayanan Imunisasi

Puskesmas Suboh	SOP Pelayanan Imunisasi		
	No Dokumen	No Revisi	Halaman
	06-IMUN-SUBOH-2014	00	1/1
	Tanggal Terbit 13 Maret 2014	Ditetapkan, Kepala Puskesmas dr RENY WAHYUNINGRUM	
Pengertian			
Tujuan	Sebagai pedoman kerja petugas dalam memberikan pelayanan imunisasi kepada bayi		
Kebijakan			
Prosedur	a. Petugas imunisasi menerima kunjungan bayi sasaran imunisasi yang telah membawa buku KIA / KMS di ruang imunisasi setelah mendaftar di loket pendaftaran b. Petugas memeriksa status imunisasi dalam buku KIA / KMS dan menentukan jenis imunisasi yang akan diberikan c. Petugas menanyakan keadaan bayi kepada orang tuanya (keadaan bayi yang memungkinkan untuk diberikan imunisasi atau dirujuk ke Ruang BP) d. Petugas menyiapkan alat e. Petugas menyiapkan vaksin f. Petugas menyiapkan sasaran (memberikan penjelasan kepada orang tua bayi mengenai tempat penyuntikan) g. Petugas memberikan imunisasi (memasukkan vaksin ke dalam alat suntik, desinfeksi tempat suntikan dengan menggunakan kapas air hangat, memberikan suntikan vaksin / meneteskan vaksin sesuai dengan jadwal imunisasi yang akan diberikan) h. Petugas memberikan KIE tentang efek samping pasca imunisasi kepada orang tua bayi sasaran imunisasi i. Petugas memberikan obat antipiretik untuk imunisasi DPT, dijelaskan cara dan dosis pemberiannya j. Petugas memberitahu kepada orang tua bayi mengenai jadwal imunisasi berikutnya k. Petugas mencatat hasil imunisasi dalam buku KIA / KMS dan buku catatan imunisasi serta rekapitulasi setiap akhir bulan		
Unit terkait	Pustu, Ponkesdes		

Lampiran G. SOP Pemberian Imunisasi DPT

Puskesmas Suboh	SOP Pemberian Imunisasi DPT		
	No Dokumen	No Revisi	Halaman
	01-IMUN-SUBOH-2014	00	1/1
	Tanggal Terbit 13 Maret 2014	Ditetapkan, Kepala Puskesmas dr RENY WAHYUNINGRUM	
Pengertian	Pemberian Imunisasi DPT		
Tujuan	Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi DPT agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit Dipteri (batuk rejan).		
Kebijakan	Semua pasien yang akan melakukan imunisasi DPT di unit pelayanan KIA pada anak berumur 0 - 11bln		
Prosedur	<p>1. Alat dan Bahan</p> <p>1.1 Alat Tidak ada</p> <p>1.2 Bahan</p> <p>a) Vaksin DPT b) Jarum dan semprit disposibel c) Kapas d) Bersih</p> <p>2. Instruksi Kerja</p> <p>a) Petugas mencuci tangan b) Pastikan vaksin yang akan di gunakan c) Jelaskan kepada ibu anak tersebut, umur anak (2-11 bulan) jumlah suntikan 3x untuk imunisasi DPT ini e) Ambil 0,5 cc vaksin DPT f) Bersihkan 1/3 paha bagian luar dengan kapas yang telah di basahi air bersih g) Suntikan secara intra muskuler (im) atau sub kutan (sc) h) Terangkan kepada ibu anak tersebut, tentang panas akibat DPT, berikan obat penurun panas / antipiretik kepada ibu anak tersebut bila anak panas tinggi (lebih dari 39 °C) j) dari 39 °C) k) Rapihan alat-alat l) Petugas mencuci tangan m) Mencatat dalam buku</p> <p>3. Indikator Kinerja Mendapatkan hasil yang tepat dan benar</p>		
Unit terkait	KIA		

Lampiran H. POA Imunisasi

1. Latar Belakang

Perencanaan adalah suatu proses kegiatan yang urut yang harus dilakukan untuk mengatasi permasalahan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia secara berhasil guna dan berdaya guna.

Dalam tata kelola Puskesmas perencanaan ini dikenal dengan istilah Plan Of Action (POA) yang mengesankan untuk perencanaan tradisional karena fokus perencanaan hilir yaitu kegiatan-kegiatan. Dalam perkembangannya POA semakin sarat dengan perencanaan strategis. Ditambah kondisi lingkungan makro yang mensyaratkan Standar Pelayanan Miniman (SPM), Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP) dan pencapaian MDG's yang harus dicapai puskesmas, sehingga penyusunan perencanaan haruslah mengarah agar hasil kinerja puskesmas nantinya dapat memenuhi SPM, PKP dan capaian MDG's tersebut.

Bagi Puskesmas Suboh, situasi tersebut merupakan momentum untuk mendokumentasikan hal-hal yang melatarbelakangi proses perencanaan dalam POA. Kesemuanya bermula dari visi dan misi Puskesmas Suboh.

2. Tujuan Penyusunan POA

Tujuan Umum:

- a. Memenuhi kebutuhan system penganggaran yang berlaku
- b. Sebagai acuan pelaksanaan tugas pada tahun 2015

Tujuan Khusus:

- a. Sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan dengan efisien dan efektif sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan
- b. Sebagai bahan monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas
- c. Sebagai media koordinasi dengan berbagai pihak terkait

3. Hasil Penilaian Kinerja Puskesmas

Hasil PKP 2014 menunjukkan bahwa cakupan DPT/HB-1 pada bayi rendah sekali yaitu 326 (93%) lebih kecil dibandingkan target yaitu 351 (100%), terdapat

selisih 25 (7%) dan cakupan DPT/HB-3 pada bayi rendah sekali yaitu 291 (83%) lebih kecil dibandingkan target yaitu 351 (100%), terdapat selisih 60 (17%).

Cakupan Kinerja Program Imunisasi Tahun 2014

NO	PROGRAM IMUNISASASI	TARGET	CAPAIAN	SELISIH
1	Imunisasi HB 0 - 7 hari pada bayi	371 (100 %)	363 (98 %)	8 (2 %)
2	Imunisasi BCG pada bayi	371 (100 %)	355 (96 %)	16 (4 %)
3	Imunisasi DPT/HB 1 pada bayi	351 (100 %)	326 (93 %)	25(7 %)
4	Imunisasi DPT/HB 3 pada bayi	351 (100 %)	291(83 %)	60 (17 %)
5	Imunisasi Campak pada bayi	351 (100 %)	340 (97 %)	11 (3 %)
6	Drop Out DPT / HB 1- Campak	5 (100 %)	1 (100 %)	4
7	Drop Out DPT / HB 1- DPT/HB 3	5 (100 %)	2 (100 %)	3
8	Uci Desa	8 (100 %)	8 (100 %)	0
9	Imunisasi DT pada anak kelas 1 SD	437 (100 %)	399 (91 %)	38 (9 %)
10	Imunisasi campak pada anak kelas 1 SD	437 (100 %)	432 (99 %)	5 (1 %)
11	Imunisasi TT pada anak SD kelas 2 dan 3	904 (100 %)	810 (90 %)	94 (10 %)
12	Imunisasi TT 5 pada WUS (15 - 45 tahun)	7334 (100 %)	33(0,45 %)	7301 (99,55)
13	Pemantauan suhu lemari es vaksin	365 (100 %)	298(82 %)	67 (18 %)
14	Ketersediaan vaksin	9 (100 %)	9 (100 %)	0

Sumber Data : Data PKP Puskesmas Suboh Tahun 2014

4. Identifikasi Masalah

Dari hasil analisis situasi dan hasil capaian 2014, maka dapat dirumuskan permasalahan yang ada di Puskesmas Suboh.

- a. Kurangnya cakupan imunisasi HB 0-7 hari pada bayi 363 (98%) dibandingkan dengan target (100%).
- b. Kurangnya cakupan imunisasi BCG pada bayi 355 (96%) dibandingkan dengan target (100%).
- c. Kurangnya cakupan imunisasi DPT/HB1 pada bayi 326 (93%) dibandingkan dengan target (100%).
- d. Kurangnya cakupan imunisasi DPT/HB3 pada bayi 291 (83%) dibandingkan dengan target (100%).
- e. Kurangnya cakupan imunisasi campak pada bayi 340 (97%) dibandingkan dengan target (100%).
- f. Kurangnya cakupan imunisasi DT pada anak kelas 1 SD 399 (91%) dibandingkan dengan target (100%).
- g. Kurangnya cakupan imunisasi TT pada anak kelas 2,3 SD 810 (90%) dibandingkan dengan target (100%).