



**ANALISIS MANAJEMEN PELAKSANAAN IMUNISASI OLEH
PUSKESMAS KAITANNYA DENGAN PENCAPAIAN
UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION (UCI)
DI PUSKESMAS ARJOWINANGUN
KOTA MALANG**

TESIS

Oleh

**Wiqodatul Ummah
NIM 152520102049**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**ANALISIS MANAJEMEN PELAKSANAAN IMUNISASI OLEH
PUSKESMAS KAITANNYA DENGAN PENCAPAIAN
UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION (UCI)
DI PUSKESMAS ARJOWINANGUN
KOTA MALANG**

TESIS

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (S2)
dan mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Wiqodatul Ummah
NIM 152520102049**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

Tesis ini saya persembahkan untuk:

1. Aba, Ummi, Umma dan Mbah Aji 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 Adlin Malikh Hanun, senyummu adalah semangat hidupku, engkau adalah salah satu alasanku bertahan dan berjuang.
3. Bapak dr. Al Munawir, M.Kes., Ph.D dan bapak Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S. KM., M.Kes yang telah membimbing dengan sabar, tulus dan penuh keikhlasan dalam setiap waktu.
4. Bapak Dr. Isa Makrufi, S. KM., M. Kes, selaku Kaprodi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Pasca sarjana Universitas Jember yang selalu sabar mengarahkan dan memberikan semangat dalam penyelesaian tesis ini.
5. Agama, Bangsa dan Almamater "Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Pasca sarjana Universitas Jember" dan seluruh Bapak Ibu Dosen yang saya banggakan.

MOTTO

سَبِيلٍ عَابِرٍ أَوْ غَرِيبٍ كَأَنَّكَ الدُّنْيَا فِي كُنْ

“jadilah seperti orang asing atau perantau di dunia ini”

(HR. Al-Bukhari)

يَرْجِعَ حَتَّىٰ اللَّهُ سَبِيلٍ فِي كَانَ الْعِلْمِ طَلَبٍ فِي خَرَجَ مَنْ

“Barang siapa yang keluar dalam menuntut ilmu maka ia adalah seperti berperang di jalan Allah hingga pulang”

(H.R. Tirmidzi)

سُعَهَا إِلَّا وَنَفْسًا لِلَّهِ أَلَا يُكَلِّفُ

“Allah tidak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”

(Q.S Al Baqarah : 286)

نَفْسِهِمْ بِمَا أُوْفَعُوا حَتَّىٰ مِ بَقَوْ مَا رُفَعِيَ لَا اللَّهُ نَّ اِ

“Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum sebelum mereka mengubah nasib mereka”

(Q.S Ar Ra'd : 11)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wiqodatul Ummah

NIM : 152520102049

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis yang berjudul : Analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang 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 tesis 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, Januari 2018

Yang menyatakan,

Wiqodatul Ummah

NIM 152520102049

TESIS

**ANALISIS MANAJEMEN PELAKSANAAN IMUNISASI OLEH
PUSKESMAS KAITANNYA DENGAN PENCAPAIAN *UNIVERSAL
CHILD IMMUNIZATION (UCI)* DI PUSKESMAS ARJOWINANGUN
KOTA MALANG**

Oleh

Wiqodatul Ummah
NIM 152520102049

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Al Munawir, M.Kes., Ph.D
Dosen Pembimbing Anggota : Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Tesis berjudul “Analisis Manajemen Pelaksanaan Imunisasi oleh Puskesmas Kaitannya dengan Pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang” karya Wiqodatul Ummah, NIM 152520102049 telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : Kamis, 25 Januari 2018

Tempat : Program Pascasarjana Universitas Jember.

Tim Penguji

Ketua,

Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes
NIP. 197509142008121002

Sekretaris,

Anggota I,

Dr. Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes.
NIP. 197306042001121003

Dyah Kusworini I, S.KM., M.Si
NIP. 196809291992032014

Anggota II,

Anggota III,

dr. Al Munawir, M.Kes., Ph.D
NIP. 196909011999031003

Dr. Farida Wahyu N, S.KM., M.Kes
NIP. 198010092005012002

Mengesahkan
Direktur,

Prof. Dr. Ir. Rudi Wibowo, MS.
NIP. 195207061976031006

RINGKASAN

Analisis Manajemen Pelaksanaan Imunisasi oleh Puskesmas Kaitannya dengan Pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang; Wiqodatul Ummah; 152520102049; 2017; 92 halaman; Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Kota Malang sebagai kota layak anak diharapkan memberikan kontribusi besar dalam pencapaian imunisasi dasar lengkap sehingga angka kejadian Penyakit Menular Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) dapat berkurang. Penurunan pencapaian program *Universal Child Immunization* di Kota Malang berdampak pada peningkatan jumlah kasus PD3I. Salah satu penurunan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada awal bulan Maret 2017 dalam bentuk wawancara yaitu hasil cakupan UCI terendah diakibatkan oleh petugas imunisasi yang tidak mendapatkan pelatihan teknis imunisasi, terlambatnya pelaporan petugas dari puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis manajemen pelaksanaan imunisasi di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang.

Penelitian ini adalah penelitian eksploratif dengan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini yaitu dengan wawancara mendalam, observasi serta dokumentasi dengan jumlah informan sebanyak 14 informan. Informan kunci pada penelitian ini adalah Kepala Seksi Surveilans dan Imunisasi dan Kepala Puskesmas Arjowinangun. Informan utama terdiri dari pemegang program imunisasi di Puskesmas Arjowinangun, bidan pelaksana dan perawat serta informan tambahan pada penelitian ini adalah kader. Metode triangulasi yang digunakan adalah triangulasi sumber.

Hasil penelitian ini adalah petugas imunisasi belum pernah mengikuti pelatihan teknis imunisasi, perencanaan program imunisasi sudah dilakukan yaitu menentukan jumlah sasaran, menentukan target cakupan, menghitung kebutuhan vaksin, dan menghitung kebutuhan alat suntik, *safety box* dan *cold chain*. Namun

masih terdapat kekurangan yaitu tingginya angka jumlah sasaran yang dimiliki oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan berselisih jauh dengan jumlah bayi riil dilapangan sehingga target cakupan yang sudah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan terlampau jauh dari data sebenarnya dilapangan dan hal itu yang membuat Puskesmas Arjowinangun belum bisa dan sulit mencapai UCI. Pelaksanaan program imunisasi saat ini di Puskesmas Arjowinangun belum sepenuhnya berjalan sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi dikarenakan tidak melakukan penyuluhan kepada orangtua bayi sebelum imunisasi dilaksanakan, adanya keterlambatan pelaporan hasil capaian imunisasi dari programmer ke dinas kesehatan dikarenakan bidan pemegang program imunisasi ini memiliki beban kerja rangkap, alat suntik yang telah digunakan untuk imunisasi disimpan di dalam *safety box* untuk kemudian langsung diserahkan ke kesling dan selanjutnya pemusnahan dilakukan oleh kesling yang bekerjasama dengan PT PRIA (Putra Restu Ibu Abadi) serta belum pernah membuat berita acara penanganan limbah. Monitoring dan evaluasi sudah dilakukan oleh Puskesmas Arjowinangun.

Puskesmas Arjowinangun diharapkan lebih meningkatkan kualitas petugas imunisasi dengan mengikutsertakan dalam pelatihan tentang imunisasi, serta mengadakan penyuluhan serentak di tiap awal bulan dan bidan pemegang program imunisasi diharapkan membuat berita acara untuk penanganan limbah sebelum limbah jarum suntik pada *safety box* itu serahkan ke kesling serta memperhatikan kembali proses pencatatan dan pelaporan sehingga bisa tepat waktu.

SUMMARY

Analysis on Management of the Implementation of Immunization in Public Health Center Related to the Universal Child Immunization (UCI) Achievement in Arjowinangun Health Center of Malang City; Wiqodatul Ummah; 152520102049; 2017; 92 pages; Graduate School of Public Health, University of Jember

Malang as a child-worthy city is expected to give a big contribution in the achievement of complete basic immunization so that the incidence of infectious diseases that can be prevented by immunization (PD3I) can be reduced. Declining achievement of Universal Child Immunization program in Malang City has an impact on increasing number of PD3I cases. One of the decreases in the achievement of UCI in Arjowinangun Health Center Malang based on preliminary study conducted at the beginning of March 2017 in the form of interview is the result of the lowest UCI coverage caused by the immunization officer who did not get the immunization technical training, the late reporting officer from Health Center to the City Health Office. The purpose of this study is to analyze the management of Immunization Implementation at Arjowinangun Health Center Malang.

This research is an explorative research with qualitative approach. Methods of data collection conducted in this study is by in-depth interviews, observations and documentation with the number of informants as many as 14 informants. Key informants in this study were Section Head Surveilans and Immunization and Head of Arjowinangun Health Center. Key informants consisted of immunization program holders at Arjowinangun Health Center, midwives and nurses and additional informants in this study were cadres. Triangulation method used is source triangulation.

The result of this study is that immunization officers have never attended immunization technical training, immunization program planning has been done that is determining target number, determine coverage target, calculate vaccine requirement, and calculate need of syringe, safety box and cold chain. However,

there is still a shortage of high number of target owned by the Central Bureau of Statistics (BPS) and disagreed with the number of real babies in the field so that coverage targets set by the Department of Health too far from the actual data in the field and it makes the Arjowinangun Health Center and difficult to reach UCI. Immunization program implementation at Arjowinangun Public Health Center has not fully run in accordance with Immunization Implementation Guidance because it does not do counseling to baby's parents before immunization is done, the delay of reporting of immunization result from programmer to health service because midwife holder of this immunization program has double workload, syringes that have been used for immunization are stored in the safety box to then immediately submitted to kesling and further annihilation is done by kesling in cooperation with PT PRIA (Putra Restu Ibu Abadi) and has never made a news event handling waste. Monitoring and evaluation has been done by Arjowinangun Health Center.

Arjowinangun Health Center is expected to further improve the quality of immunization officers by participating in immunization training and simultaneous counseling at the beginning of every month before immunization is carried out and Immunization program midwife is expected to make an event report for handling waste before the needle syringe in the safety box was handed over to kesling and pay attention back to the process of recording and reporting so that it can be on time.

PRAKATA

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis yang berjudul Analisis Manajemen Pelaksanaan Imunisasi oleh Puskesmas Kaitannya dengan Pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang. Tesis ini disusun guna memenuhi persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-2 Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam penyusunan tesis ini saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada dr. Al Munawir, M.Kes., Ph.D dan Dr. Farida Wahyu Ningtyias, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi, serta saran hingga terwujudnya tesis ini. Terima kasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada yang terhormat:

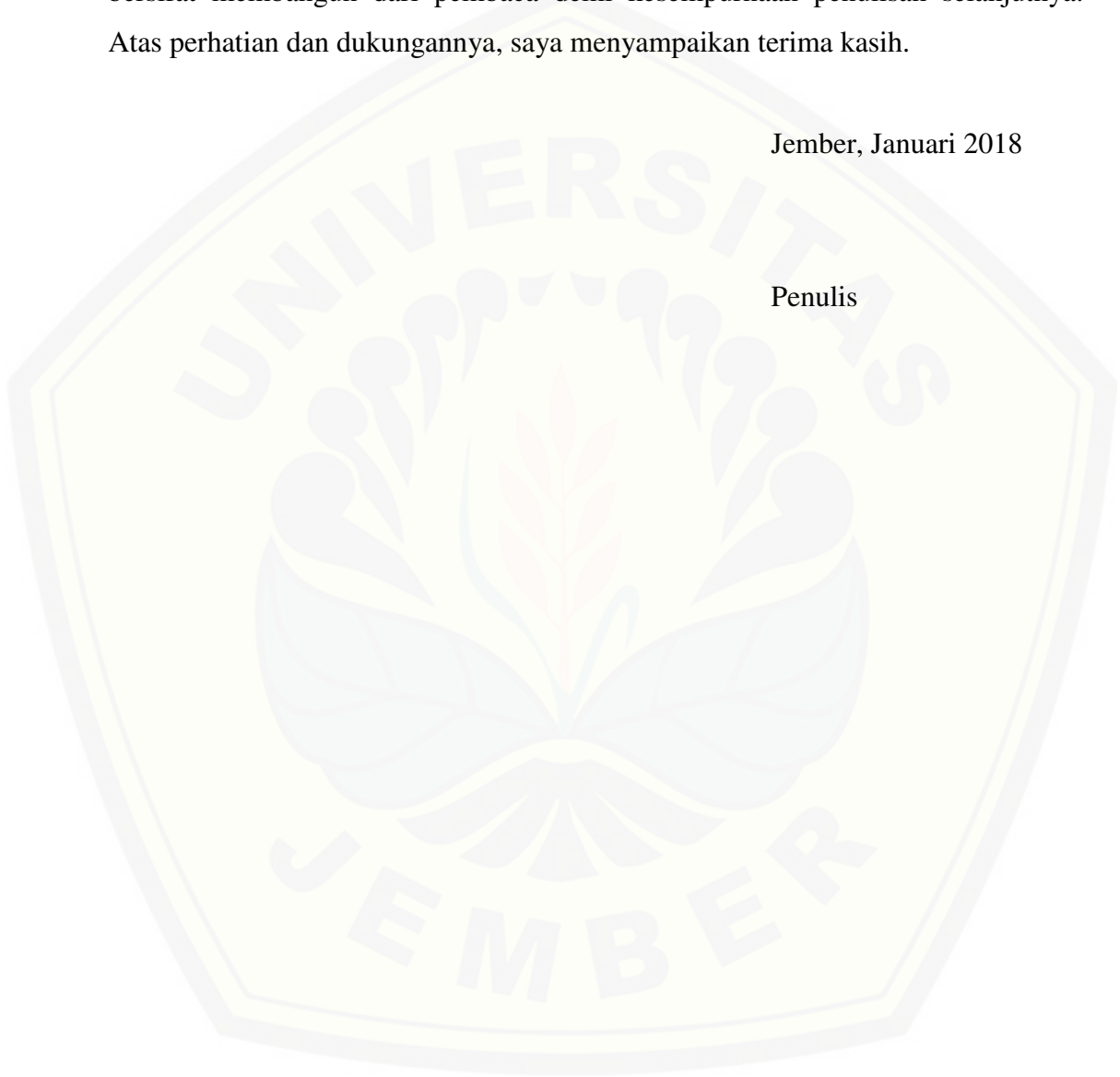
1. Prof. Dr. Ir. Rudi Wibowo, MS., selaku Direktur Pascasarjana Universitas Jember.
2. Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes selaku Ketua Prodi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes selaku Penguji I, Dr. Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes selaku Penguji II, dan Dyah Kusworini I, S.KM., M.Si selaku Penguji III yang telah memberikan ilmu dan membimbing saya dengan sabar.
4. drg. Camelia Finda A, selaku Kepala Puskesmas Arjowinangun yang telah mengizinkan saya melaksanakan penelitian.
5. Seluruh dosen dan staf karyawan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan akademis serta dukungan administrasi.
6. Seluruh Informan yang telah meluangkan waktu dalam proses penelitian ini.
7. Aba, Ummi, Umma, Mbah Aji dan Adlin Malikh Hanun, terimakasih atas do'a, nasehat dan dorongan semangat yang diberikan.
8. Sahabat seperjuangan Program studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Pasca sarjana Universitas Jember angkatan pertama.

9. Semua pihak yang telah membantu saya selama melaksanakan penelitian sampai terselesaikannya tesis ini.

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

Jember, Januari 2018

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
PERSETUJUAN PEMBIMBING	vi
PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR LAMBANG DAN ISTILAH	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Imunisasi	7
2.1.1 Pengertian Imunisasi	7
2.1.2 Persyaratan Pemberian Imunisasi	7

2.1.3 Jenis Imunisasi Dasar Wajib	7
2.1.4 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi	13
2.2 Manajemen Penyelenggaraan Program Imunisasi.....	15
2.2.1 Perencanaan Program Imunisasi	16
2.2.2 Pelaksanaan Program Imunisasi	19
2.2.3 Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi.....	29
2.3 Konsep Puskesmas	34
2.3.1 Pengertian dan Peran Puskesmas dalam Imunisasi.....	34
2.3.2 Visi Puskesmas	35
2.3.3 Misi Puskesmas.....	36
2.3.4 Prinsip Penyelenggaraan, Tujuan dan Fungsi Puskesmas...	36
2.3.5 Upaya Kesehatan di Puskesmas	39
2.3.6 Manajemen Puskesmas	40
2.4 Pendekatan Sistem	48
2.4.1 Pengertian Sistem.....	48
2.4.2 Sistem dalam Penyelenggaraan Program Imunisasi	48
2.5 Kerangka Teori	51
2.6 Kerangka Konseptual.....	52
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	54
3.1 Jenis Penelitian.....	54
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	54
3.2.1 Tempat Penelitian	54
3.2.2 Waktu Penelitian	54
3.3 Penentuan Informan.....	54
3.4 Fokus Penelitian	55
3.5 Data dan Sumber Data	58
3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian.....	59
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	59
3.6.2 Instrumen Penelitian.....	60
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	60
3.7.1 Teknik Penyajian Data	60

3.7.2 Teknik Analisis Data	61
3.8 Kredibilitas dan Dependabilitas Data.....	62
3.9 Alur Penelitian	64
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	65
4.1 Karakteristik Informan.....	65
4.2 Variabel Input dalam Program Imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang.....	66
4.3 Perencanaan Program Imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang.....	71
4.4 Pelaksanaan Program Imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang.....	77
4.5 Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang.....	88
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	93
5.1 Kesimpulan	93
5.2 Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA	96
LAMPIRAN.....	101

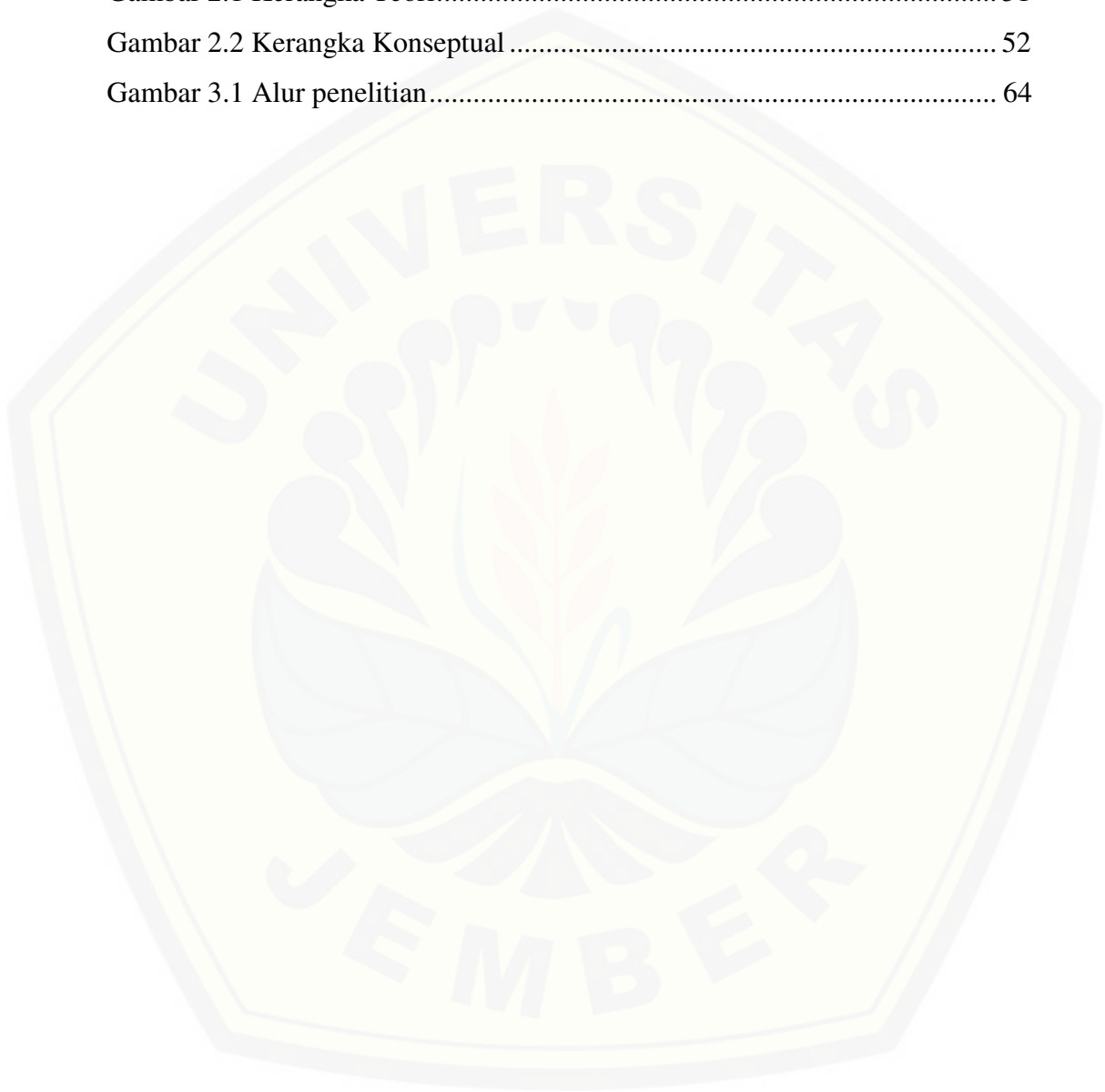
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi	13
Tabel 3.1 Fokus Penelitian.....	55
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Kunci dan Informan Utama.....	65



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	51
Gambar 2.2 Kerangka Konseptual	52
Gambar 3.1 Alur penelitian.....	64



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Pengantar Panduan Wawancara.....	101
Lampiran B. Lembar Persetujuan	102
Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Kunci.....	103
Lampiran D. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama.....	106
Lampiran E. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan.....	110
Lampiran F. Lembar Observasi Check List Dokumen	111
Lampiran G. Lembar Observasi Implementasi	113
Lampiran H. Analisis Data Kualitatif Hasil Penelitian	114
Lampiran I. Dokumentasi	190
Lampiran J. Surat Ijin Penelitian.....	197

DAFTAR LAMBANG DAN ISTILAH

DAFTAR LAMBANG

% = Persentase

& = Dan

DAFTAR ISTILAH

Korim = Koordinator Imunisasi

PKM = Puskesmas

PD3I = Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi

Depkes RI = Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Kepmenkes = Keputusan Menteri Kesehatan

UCI = *Universal Child Immunization*

Riskesdas = Riset Kesehatan Dasar

WHO = *World Health Organization*

GAIN UCI = Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional untuk mencapai UCI

SUPAS = Survei Penduduk Antar Sensus

BPS = Badan Pusat Statistik

PWS = Pemantauan Wilayah Setempat

IP = Indeks Pemakaian

ADS = *Auto Disable Syringe*

KIA = Kesehatan Ibu dan Anak

LSM = Lembaga Sosial Masyarakat

KMS = Kartu Menuju Sehat

IDI = Ikatan Dokter Indonesia

VVM = Vial Vaksin Monitor

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian bayi di Indonesia disebabkan salah satunya oleh penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) yang diperkirakan 1,7 juta (5%) kematian. Agar target nasional dapat mencapai eradikasi, eliminasi dan reduksi terhadap PD3I, maka cakupan imunisasi harus dipertahankan tinggi dan merata sampai mencapai tingkat *Population Immunity* (kekebalan masyarakat) yang tinggi. Salah satu program yang telah terbukti efektif untuk menekan angka kesakitan dan kematian akibat PD3I adalah imunisasi (Rikesdas, 2011).

Salah satu indikator dari keberhasilan program imunisasi adalah tercapainya *Universal Child Immunization* (UCI) yang artinya gambaran cakupan imunisasi pada bayi (0-11 bulan) secara nasional hingga ke tingkat pedesaan. WHO dan UNICEF menetapkan indikator cakupan imunisasi adalah 90% untuk tingkat nasional dan 80% di semua kabupaten (Depkes RI, 2010). Indonesia telah menetapkan target seluruhnya artinya (100%) desa/kelurahan harus sudah mencapai UCI pada tahun 2013 (Permenkes RI No. 12 tahun 2017).

Data Riskesdas tahun 2016 mencatat, periode tahun 2012-2015 cakupan imunisasi dasar lengkap di Indonesia mengalami penurunan dibandingkan dengan periode tahun 2008-2011. Tahun 2014-2015 cakupan imunisasi di Indonesia tidak mencapai target renstra yang diharapkan. Data dari Direktorat Surveilans Epidemiologi, Imunisasi, dan Kesehatan Matra, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Indonesia, pada tanggal 13 Mei 2016 menunjukkan angka cakupan desa/kelurahan UCI di Indonesia adalah pada sembilan tahun terakhir mengalami peningkatan secara perlahan meskipun pernah turun pada tahun 2008, namun kemudian kembali meningkat. Capaian sementara pada tahun 2015 sebesar 82,2% sedikit lebih rendah dibanding tahun sebelumnya. Walaupun meningkat secara perlahan, namun cakupan desa/kelurahan UCI

tidak pernah mencapai target renstra tahun 2010-2014. Hasil data dari Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kemenkes RI mencatat cakupan desa/kelurahan UCI di Jawa Timur tahun 2013-2015 mengalami penurunan. Tahun 2014 cakupan desa/kelurahan UCI sebesar 87,50 %, angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2013 (yakni 87,70%). Sedangkan pada tahun 2015 cakupan desa/kelurahan UCI sebesar 76,47% dan angka di tahun 2015 ini mengalami penurunan sebesar 11,03% dari capaian ditahun 2014 (87,50%). Pemerintah menetapkan suatu rencana strategis ditahun 2010 dalam upaya percepatan pencapaian UCI yaitu GAIN UCI 2010-2014 (Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional UCI 2010-201) yang dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 482/MENKES/SK/IV/2010. Sasaran dari kegiatan GAIN UCI yaitu seluruh bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap sehingga seluruh desa/kelurahan mencapai target UCI.

Kota Malang sebagai kota layak anak diharapkan memberikan kontribusi besar dalam pencapaian imunisasi dasar lengkap. Namun kenyataannya cakupan desa/kelurahan UCI tahun 2014-2016 Kota Malang belum bisa mencapai target dan mengalami penurunan. Pencapaian imunisasi dasar Kota Malang tahun 2014 mencapai 89,47%. Sedangkan laporan tahun 2015 dari total 57 Puskesmas ada 49 Puskesmas yang sudah mencapai target UCI dan capaian di tahun 2015 sebesar 85,96%. Pada tahun 2016 (66,67%), cakupan desa/kelurahan UCI mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun sebelumnya sebesar 19,29%. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Malang cakupan UCI mengalami penurunan dari tahun 2014-2016. Hal ini berdampak terhadap peningkatan jumlah kasus Penyakit Menular Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), Jumlah Kasus difteri tahun 2014 sebanyak 17 kasus, tahun 2015 sebanyak 22 kasus, tahun 2016 sebanyak 32 kasus, dan kasus yang di sebabkan oleh campak sebanyak 59 kasus (tahun 2014), 77 kasus (tahun 2015), dan 88 kasus (tahun 2016). Sedangkan untuk kasus penyakit tetanus non neonaturum sebanyak 62 kasus di tahun 2015 dan pada tahun sebelumnya tidak ada kasus penyakit non neonaturum. Data dari Dinas

Kesehatan Kota Malang tahun 2016, setelah dilakukan pengelompokan status Puskesmas UCI dan non UCI, dapat diketahui hasil cakupan program imunisasi di Kota Malang. Puskesmas dengan capaian UCI 100% antara lain adalah Puskesmas Gribig, Ciptomulyo, Mulyorejo, Arjuno, Bareng, Rampil Celaket, Cisadea, Kendalkerep dan Mojolangu. Capaian imunisasi dasar lengkap untuk bayi tertinggi berada di wilayah Puskesmas Mulyorejo. Sedangkan capaian imunisasi dasar lengkap untuk bayi terendah berada di wilayah Puskesmas Arjowinangun yang mencapai 25%, wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun yang terdiri dari 4 kelurahan dan hanya 1 kelurahan yang sudah mencapai target.

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Ditarahmaika (2015) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun, metode penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Berdasarkan penelitian tersebut didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu, dukungan keluarga, dan kepercayaan dengan status imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun Kota Malang. Setelah dilakukannya penelitian tersebut, pencapaian UCI di tahun berikutnya yaitu tahun 2016 di kota Malang mengalami penurunan kembali sebesar 19,29% dari tahun sebelumnya, dalam hal ini peneliti ingin menggali lebih dalam lagi faktor lain yang ada kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun yaitu pelaksana imunisasi.

Pelaksana imunisasi puskesmas merupakan unsur yang sangat penting dalam pelayanan imunisasi, mereka mempunyai tanggung jawab yang besar dalam keberhasilan program imunisasi yaitu tercapainya UCI secara merata di tingkat desa (Kepmenkes RI No. 482 tahun 2010). Kegiatan manajemen pelaksanaan imunisasi yang dilakukan puskesmas meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi yang berkaitan dengan pencapaian UCI. Keberhasilan pencapaian UCI dipengaruhi oleh kegiatan manajemen, sehingga diperlukan adanya perbaikan terhadap manajemen pelaksanaan program imunisasi dalam pencapaian UCI. Hal ini sesuai dengan

hasil penelitian yang dilakukan oleh Murti (2013) tentang analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh bidan desa kaitannya dengan pencapaian UCI yang merupakan penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Berdasarkan hasil penelitian tersebut di dapatkan hasil bahwa manajemen perencanaan dan penggerakan berpengaruh terhadap pencapaian UCI.

Dari studi pendahuluan yang dilakukan awal bulan Maret 2017 dalam bentuk wawancara, penyelenggaraan program imunisasi di Puskesmas Arjowinangun diketahui belum berjalan sesuai dengan ketentuan yang ada pada Permenkes RI No.12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi. Salah satu penurunan pencapaian program imunisasi di Puskesmas Arjowinangun 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 dari puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota 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 perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti masalah manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji manajemen pelaksanaan program imunisasi oleh puskesmas kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengkaji variabel input manajemen pelaksanaan imunisasi yaitu petugas (usia, pendidikan, masa kerja, pengetahuan, pelatihan, ketersediaan tenaga), sumber dana serta sarana dan prasarana (pedoman pelaksanaan, form pelaporan, lemari es, *freezer*, *vaccine carrier*, termos, *cold box*) di Puskesmas Arjowinangun.
- b. Mengkaji variabel proses manajemen pelaksanaan imunisasi yaitu perencanaan mulai dari menentukan jumlah sasaran, menentukan target cakupan, perencanaan kebutuhan vaksin, perencanaan alat suntik dan *safety box*, dan perencanaan peralatan *cold chain*.
- c. Mengkaji variabel pelaksanaan program imunisasi meliputi pelaksanaan pelayanan, pengelolaan rantai vaksin, penanganan limbah, pencatatan dan pelaporan, supervisi.
- d. Mengkaji variabel proses manajemen program imunisasi yaitu monitoring dan evaluasi program imunisasi kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Menambah wawasan mengenai pelaksanaan manajemen imunisasi yang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.
- b. Menjadi sumbangan referensi dan pemikiran untuk perkembangan pelaksanaan manajemen program imunisasi di puskesmas.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Puskesmas

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.

- b. Bagi Dinas Kesehatan

Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Malang untuk perbaikan kebijakan penyelenggaraan program imunisasi dan sebagai

bahan informasi dalam upaya peningkatan pelayanan program imunisasi di tingkat puskesmas.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada peneliti selanjutnya yang memiliki ketertarikan pada topik yang sama untuk meneliti faktor lain yang mempengaruhi cakupan UCI.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Imunisasi

2.1.1 Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin kedalam tubuh agar tubuh bayi membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu (Aziz, 2008). Menurut Suririnah (2007) yang dikutip Marimbi (2010), imunisasi adalah suatu prosedur rutin yang akan menjaga kesehatan anak. Kebanyakan dari imunisasi ini adalah untuk memberikan perlindungan yang menyeluruh terhadap penyakit- penyakit yang berbahaya dan sering terjadi pada tahun-tahun awal kehidupan seorang anak.

Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap penyakit, sehingga bila kelak terpajan pada penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit. Kekebalan yang diperoleh dari imunisasi ini dapat berupa kekebalan pasif ataupun aktif (IDAI, 2011).

2.1.2 Persyaratan Pemberian Imunisasi

Persyaratan pemberian imunisasi : (1) pada bayi dan anak yang sehat, tidak boleh diberikan pada mereka yang sedang sakit, keadaan fisik yang lemah, dalam masa tunas suatu penyakit, mendapat pengobatan dengan kontrasepsi; (2) dengan teknik pemberian yang tepat; (3) vaksin harus baik, disimpan dalam lemari es dan belum lewat masa kadaluarsa; (4) jenis vaksin yang dimaksud; (5) mempertahankan dosis yang diberikan dan (6) mengetahui jadwal vaksinasi dengan melihat umur dan jenis imunisasi yang tepat (Depkes, 2010).

2.1.3 Jenis Imunisasi Dasar Wajib

Pemerintah mewajibkan 5 jenis imunisasi. Imunisasi dasar atau PPI (Program Pengembangan Imunisasi) diantaranya :

a. Imunisasi BCG (Bacille Calmette Guerin)

Tujuan imunisasi BCG adalah untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap timbulnya penyakit Tuberculosis (TBC) pada anak (Proverati,

2010). Kriteria Penyakit Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan oleh myobacterium tuberculosis. Penyebarannya melalui pernafasan lewat bersin atau batuk. Gejala awal penyakit ini adalah lemah badan, penurunan berat badan, demam dan keluar keringat pada malam hari. Gejala selanjutnya adalah batuk terus menerus, nyeri pada dada dan mungkin batuk darah. Gejala lain tergantung organ yang diserang. Tuberculosis dapat menyebabkan kelemahan dan kematian. Seseorang yang terinfeksi myobacterium tuberculosis tidak selalu menjadi sakit tuberculosis aktif. Beberapa minggu (2-12 minggu) setelah terinfeksi terjadi respon imunitas selular yang dapat ditunjukkan dengan uji tuberkulin (Ranuh, 2011).

Vaksin TBC ini mengandung kuman *bacillus calmette guerin* yang dibuat dari bibit penyakit atau virus hidup yang sudah dilemahkan. Waktu pemberian BCG diberikan pada umur < 3 bulan. Cara dan dosis Pemberian ini dilakukan secara Intra Cutan (IC) di lengan kanan atau paha kanan atas dengan dosi 0,1 ml untuk anak diatas 1 tahun, pada bayi baru lahir 0,05 ml. Kontraindikasi dari imunisasi ini meliputi : reaksi uji tuberkulin > 5mm, menderita infeksi HIV, menderita gizi buruk, menderita demam tinggi, menderita infeksi kulit yang luas, pernah sakit tuberculosis, leukimia. Efek Samping dari imunisasi BCG ini meliputi : (1) Reaksi lokal : 1-2 minggu setelah penyuntikan, pada tempat penyuntikkan timbul kemerahan dan benjolan kecil yang teraba keras. Kemudian benjolan ini berubah menjadi pustule (gelembung berisi nanah), lalu pecah dan membentuk luka terbuka (ulkus). Luka ini akhirnya sembuh secara spontan dalam waktu 8-12 minggu dengan meningkatkan jaringan parut, (2) Reaksi regional : pembesaran kelenjar getah bening ketiak atau leher tanpa adanya nyeri tekan serta demam yang akan menghilang dalam waktu 3-6 bulan.

Komplikasi yang mungkin timbul adalah pembentukkan abses (penimbunan nanah) di tempat penyuntikan karena penyuntikan yang terlalu dalam. Abses ini akan menghilang secara spontan untuk mempercepat penyembuhan, bila abses telah matang, sebaiknya dilakukan aspirasi (pengisapan abses dengan jarum) dan bukan disayat.

b. Imunisasi Hepatitis B

Tujuan imunisasi Hepatitis B adalah untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap penyakit Hepatitis B (Proverati, 2010). Kriteria penyakit Hepatitis B adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Hepatitis B yang merusak hati. Penyebaran penyakit ini terutama melalui suntikan yang tidak aman, dari ibu ke bayi selama proses persalinan, melalui hubungan seksual. Infeksi yang terjadi pada anak biasanya tidak menimbulkan gejala. Gejala yang ada biasanya adalah merasa lemah, gangguan perut serta gejala lain seperti flu. Urine menjadi kuning, kotoran menjadi pucat, warna kuning bisa terlihat pada mata ataupun kulit. Penyakit ini bisa menjadi kronis dan menimbulkan Cirrosis hepatic yakni kanker hati dan menimbulkan kematian. Vaksin ini terbuat dari bagian virus Hepatitis B yang dinamakan HbsAg, yang dapat menimbulkan kekebalan tetapi tidak menimbulkan penyakit.

Waktu pemberian Imunisasi Hepatitis B diberikan sedini mungkin dalam waktu 12 jam setelah bayi lahir. Bagi bayi yang lahir dari seorang ibu pengidap virus hepatitis B harus dilakukan imunisasi pasif memakai imunoglobulin khusus anti hepatitis B dalam waktu 24 jam kelahiran. Imunisasi dasar diberikan sebanyak 3 kali dengan selang waktu 1 bulan antara suntikan Hb 1 dengan Hb 2, serta selang waktu 5 bulan antara suntikan Hb 2 dengan Hb 3. Cara dan dosis pemberian Hepatitis B disuntikkan secara Intra Muscular (IM) di daerah paha luar dengan dosis 0,5 ml. Kontraindikasi pada imunisasi ini tidak dapat diberikan kepada anak yang menderita penyakit berat. Dapat diberikan kepada ibu hamil dengan aman dan tidak akan membahayakan janin serta bahkan dapat memberikan perlindungan pada janin selama didalam kandungan ibu maupun pada bayi dalam beberapa bulan setelah lahir. Efek Samping dan reaksi imunisasi yang terjadi biasanya berupa nyeri pada tempat penyuntikkan dan sistematis (meliputi demam

ringan, lesu, perasaan tidak enak pada saluran pernafasannya) serta reaksi ini akan hilang dalam waktu 2 hari.

c. Imunisasi DPT

Imunisasi DPT bertujuan untuk menimbulkan kekebalan aktif dalam waktu yang bersamaan terhadap serangan penyakit difteri, pertusis, tetanus (Proverati, 2010). Beberapa kriteria penyakit :

1) Difteri

Adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae*. Penyebarannya adalah melalui kontak fisik dan pernapasan. Gejala awal penyakit ini adalah radang tenggorokan, hilang nafsu makan, dan demam ringan. Dua sampai tiga hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada daerah tenggorokan dan tonsil. Difteri dapat menimbulkan komplikasi berupa gangguan pernapasan yang berakibat kematian.

2) Pertusis

Adalah penyakit pada saluran pernafasan yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertusis*. Penyebarannya melalui tetesan kecil yang keluar dari batuk dan bersin. Gejalanya 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.

3) Tetanus

Adalah penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang menghasilkan neurotoksin, penyebarannya melalui kotoran yang masuk kedalam luka yang dalam. Gejala awal penyakit ini adalah kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam. Gejala berikutnya adalah kejang yang hebat dan tubuh menjadi kaku.

Vaksin DPT ini mengandung kuman difteri dan tetanus yang dilemahkan serta kuman *Bordetella pertusis* yang dimatikan. Waktu

Pemberian imunisasi DPT ini diberikan 3 kali pada saat usia kurang dari 7 bulan, DPT 1 diberikan pada saat usia 2 bulan, DPT 2 diberikan pada saat usia 3 bulan, DPT 3 diberikan pada saat usia 4 bulan selang waktu tidak kurang dari 4 minggu. Ulangan booster diberikan saat 1 tahun setelah DPT 3. Cara pemberian imunisasi ini DPT adalah melalui injeksi IM. Suntikan diberikan di paha tengah luar atau subcutan dalam dengan dosis 0,5 cc. Kontraindikasi imunisasi ini tidak boleh diberikan pada anak dengan riwayat kejang kompleks, tidak boleh diberikan pada anak dengan batuk rejan dalam tahap awal pada penyakit gangguan kekebalan. Efek Sampingnya meliputi demam ringan, timbul bercak merah atau pembengkakan, rasa nyeri di tempat penyuntikan selama 1-2 hari.

d. Imunisasi Polio

Imunisasi polio ini bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis (Proverati, 2010). Kriteria penyakit ini adalah penyakit pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh satu dari tiga virus yang berhubungan yaitu virus polio 1, 2, 3. Secara klinis penyakit polio terjadi dibawah umur 15 tahun yang menderita lumpuh layu akut. Penyebarannya yaitu melalui kotoran manusia yang terkontaminasi. Kelumpuhan dimulai dengan adanya gejala demam, nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama sakit. Kematian bisa terjadi apabila otot-otot pernafasan terinfeksi dan tidak segera ditangani. Vaksin polio ada dua jenis yaitu : Inactivated polio vaccine (IPV= vaksin salk) mengandung virus polio yang telah dimatikan dan IPV diberikan melalui suntikan dan Oral polio vaccine (OPV= vaksin sabin) mengandung vaksin hidup yang telah dilemahkan dan OPV diberikan dalam bentuk pil atau cairan. Waktu pemberian imunisasi Polio dasar diberikan 4 kali dengan interval tidak kurang dari 4 minggu. Imunisasi polio ulangan ini diberikan 1 tahun setelah imunisasi polio. Di Indonesia umumnya diberikan vaksin sabin yang mana diberikan sebanyak 2 tetes (0,1 ml) langsung ke dalam mulut anak atau dengan

menggunakan sendok yang berisi air gula. Kontraindikasi pemberian vaksin imunisasi polio ini tidak boleh dilakukan pada orang yang menderita defisiensi imunitas serta tidak ada efek yang berbahaya yang timbul akibat pemberian polio pada anak yang sedang sakit. Namun, jika ada keraguan seperti sedang menderita diare maka dosis ulangan dapat diberikan setelah sembuh. Efek Samping pada umumnya tidak terdapat efek samping. Efek samping berupa paralisis dan hal ini disebabkan oleh vaksin sangat jarang terjadi.

e. Imunisasi Campak

Imunisasi campak ini bertujuan untuk memberikan kekebalan aktif terhadap terjadinya penyakit campak (Proverati, 2010). Kriteria penyakit ini adalah penyakit yang disebabkan oleh virus measles. Penyebarannya melalui droplet bersin dan batuk dari penderita. Gejala awal penyakit ini meliputi demam, bercak kemerahan, batuk, pilek serta mata merah. Selanjutnya akan timbul ruam pada muka dan leher kemudian menyebar ke tubuh, tangan beserta kaki. Komplikasi dari campak adalah diare hebat, peradangan pada telinga serta infeksi saluran nafas (pneumonia). Waktu pemberian imunisasi campak diberikan pada saat usia 9 bulan karena masih ada antibodi yang diperoleh dari ibu. Jika ada wabah, imunisasi bisa diberikan pada usia 6 bulan, diulang 6 bulan kemudian. Cara pemberian imunisasi campak adalah dengan melalui injeksi di lengan kiri atas secara subcutan (SC) dengan dosis 0,5 ml. Sebelum disuntikkan pada sasaran, vaksin campak dilarutkan terlebih dahulu dengan pelarut tersedia yaitu berisi 5 ml pelarut aquades. Kontraindikasi dari pemberian imunisasi campak ini yaitu tidak boleh diberikan pada orang yang mengalami immunodefisiensi atau individu yang diduga menderita gangguan respon imun karena leukimia dan limfoma. Efek samping dari imunisasi ini yaitu meliputi demam ringan, diare, ruam atau kemerahan selama 3 hari yang dapat terjadi 8-12 hari setelah vaksinasi.

Tabel 2.1. Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi

No.	Umur Bayi	Jenis Imunisasi
1	≤ 7 hari	Hepatitis B (HB) 0
2	1 bulan	BCG, Polio 1
3	2 bulan	DPT 1 / Hepatitis B 1, Polio 2
4	3 bulan	DPT 2 / Hepatitis B 2, Polio 3
5	4 Bulan	DPT 3 / Hepatitis B 3, Polio 4
6	9 bulan	Campak

Sumber: Depkes, 2010

2.1.4 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

Penyakit-penyakit dibawah ini yang dapat dicegah dengan imunisasi di Indonesia (Depkes RI, 2010) adalah:

a. Difteri

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

b. Pertusis

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

c. Tetanus

Adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang menghasilkan neurotoksin. Penyakit ini menyebar melalui kotoran yang

masuk ke dalam luka yang dalam bukan dari orang ke orang. Gejala awal dari penyakit ini adalah kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat serta adanya demam. Pada bayi terdapat juga gejala berhenti menetek (*sucking*) antara tiga sampai dengan dua puluh delapan hari kedepan setelah lahir. Gejala berikutnya adalah kejang yang hebat serta tubuh menjadi kaku. Komplikasi tetanus ini adalah patah tulang akibat kejang, pneumonia dan infeksi lain yang dapat menyebabkan kematian.

d. Tuberkulosis

Adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (batuk darah). Penyakit ini menyebar melalui pernapasan lewat bersin atau batuk. Gejala awal penyakit tuberkulosis ini adalah lemah badan, penurunan berat badan, demam serta keluarnya keringat pada malam hari. Gejala selanjutnya yaitu batuk terus-menerus, nyeri dada dan mungkin adanya batuk darah. Gejala lain tergantung organ yang diserang. Tuberkulosis dapat menyebabkan kelemahan dan akhirnya terjadi 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 campak adalah demam, bercak kemerahan, batuk, pilek serta mata merah. Selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian akan menyebar ke tubuh, tangan dan kaki. Komplikasi campak adalah diare hebat, peradangan pada telinga serta infeksi saluran pernapasan.

f. Poliomyelitis

Adalah penyakit pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh satu dari tiga virus (yaitu virus polio tipe 1, 2 atau 3) yang berhubungan. Penyakit polio ini menyerang anak dibawah umur 15 tahun yang menderita lumpuh layu akut (*Acute Flaccid Paralysis/AFP*). Penyebaran penyakit poliomyelitis adalah melalui kotoran manusia yang

terkontaminasi. Kelumpuhan dimulai dengan adanya gejala demam, nyeri pada otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu-minggu pertama sakit. Kematian ini bisa terjadi ketika otot-otot pernapasan terinfeksi dan tidak segera ditangani.

g. Hepatitis B

Adalah penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak organ hati. Penyebaran penyakit hepatitis B ini dari darah dan produknya yaitu melalui suntikan yang tidak aman, melalui transfusi darah, dari ibu menularkan 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 meliputi rasa lemah, gangguan perut serta 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.

2.2 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. Dalam pelaksanaannya, pelayanan imunisasi ini juga dilakukan oleh swasta serta masyarakat dengan prinsip keterpaduan dan kebersamaan antara berbagai pihak. Pengembangan Program Imunisasi (PPI) atau Expanded Program on Immunization (EPI) merupakan program pemerintah dibidang imunisasi guna mencapai komitmen secara nasional, yaitu *Universal Child Immunization* (UCI) pada akhir tahun 1982. Akan tetapi UCI secara nasional baru dicapai pada tahun 1990, yaitu cakupan DPT 3, Polio 3 dan campak minimal 8% sebelum umur 1 tahun. Sedangkan untuk cakupan DPT 1, Polio 1 dan BCG minimal 90%. Imunisasi yang termasuk dalam Pengembangan Program Imunisasi (PPI) atau Expanded Program on Immunization (EPI) adalah BCG, Polio, DPT, Campak dan Hepatitis B. Target UCI 80% merupakan tujuan antara (*intermediate goal*), artinya cakupan imunisasi

untuk BCG, DPT, Polio, Campak dan Hepatitis B harus mencapai 80% baik ditingkat nasional, provinsi, kabupaten dan bahkan di setiap desa/kelurahan. Pencapaian UCI dilakukan dengan berbagai kegiatan (Permenkes No 12 Tahun 2017).

2.2.1 Perencanaan Program Imunisasi

Perencanaan merupakan suatu proses kegiatan yang urut yang harus dilakukan untuk mengatasi permasalahan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya 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 dan harapan 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 dilaksanakannya perencanaan yang baik, kegiatan pelayanan imunisasi juga akan berjalan dengan baik pula. Pada dasarnya dalam menghitung kebutuhan pelayanan imunisasi harus berasal dari unit puskesmas untuk menghindari adanya kelebihan, kekurangan maupun ketidaksesuaian dengan situasi riil di wilayah kerja. Perencanaan yang dilakukan oleh bidan desa ataupun pemegang program imunisasi meliputi (Permenkes No 12 Tahun 2017) :

a. Menentukan jumlah sasaran

Kegiatan ini merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting, karena menjadi dasar dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring serta evaluasi dari suatu program. Sebelum melakukan perencanaan kebutuhan vaksin, harus menentukan berapa jumlah sasaran imunisasi dalam satu tahun yang akan dilayani di wilayah kerja masing-masing. Sumber data didapat dari bermacam-macam sumber, 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 Badan Pusat Statistik (BPS) setiap 10 tahun. Selain itu Badan Pusat Statistik (BPS) juga melakukan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) pada pertengahan periode 10 tahun tersebut. Untuk angka jumlah penduduk dari tahun-tahun lainnya, Badan Pusat Statistik (BPS) membuat proyeksi baik dari hasil Sensus maupun Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).

2) Unit terkecil dari hasil sensus adalah desa, dan hasil dari angka ini menjadi pegangan setiap wilayah administrative untuk melakukan proyeksi. Karena unit terkecil pengambilan sampel dari Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) adalah provinsi, maka ketepatan hasil maupun hasil proyeksinya pun hanya sampai tingkat provinsi. Untuk selanjutnya pengelola program imunisasi akan melakukan proyeksi sendiri untuk mendapatkan berapa jumlah penduduk dan sasaran imunisasi sampai ke tingkat desa dan hal ini pula 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 tersebut serta dapat digunakan untuk mengetahui berapa jumlah kebutuhan vaksin yang sebenarnya agar target cakupan UCI desa/kelurahan dapat dicapai dan dipertahankan maka harus dilakukan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Membuat grafik Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) perdesa setiap bulan maka akan diketahui hasil cakupan dan kecenderungan dari masing-masing jenis imunisasi. Dengan demikian dapat diketahui kekurangan cakupan serta beban yang harus dicapai setiap bulan pada periode triwulan berikutnya. Apabila hal ini tidak dilakukan maka beban tersebut akan terus menumpuk sehingga memungkinkan UCI desa/kelurahan tersebut sulit dicapai pada akhir tahun (Permenkes, 2017).

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 tahunsebelumnya.

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* merupakan kotak tempat pembuangan limbah medis tajam yang bertujuan untuk keamanan baik bagi petugas, sasaran maupun masyarakat. Dalam menghitung kebutuhan jumlah alat suntik berdasarkan pada jumlah cakupan yang akan dicapai tahun ini serta 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* ini dibuat secara khusus dan bertujuan untuk menjaga potensi vaksin dan setiap jenis *cold chain* mempunyai kelebihan dan kekurangan masing-masing. *Vaccine carrier* merupakan peralatan *cold chain* yang cocok digunakan dalam pemberian pelayanan imunisasi di lapangan seperti posyandu karena *vaccine carrier* dapat mempertahankan suhu dalam waktu yang relatif lama serta penggunaan *vaccine carrier* harus dilengkapi dengan *cool pack* minimal sebanyak 4 buah dengan masing-masing 0,1 liter.

2.2.2 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 (Permenkes, 2017):

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*. 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 dikelurahan, form registrasi bayi/ibu hamil dan PKK. Persiapan Vaksin dan Peralatan Rantai Vaksin : sebelum melaksanakan pelayanan imunisasi di lapangan petugas kesehatan harus mempersiapkan terlebih dahulu vaksin yang akan dibawa. Jumlah vaksin yang dibawa dihitung berdasarkan jumlah sasaran yang akan diimunisasi dilapangan dan dibagi dengan dosis efektif vaksin per vial atau ampul. Selain itu juga harus mempersiapkan peralatan rantai vaksin yang akan dipergunakan dilapangan seperti *vaccine carrier* atau *cool pack*. Persiapan ADS (*Auto Disable Syringe*) dan *Safety Box* : petugas juga harus mempersiapkan ADS dan *safety box* untuk dibawa ke lapangan. Jumlah ADS (*Auto Disable Syringe*) yang dipersiapkan disesuaikan dengan jumlah sasaran yang akan diimunisasi. Jumlah *safety box* yang akan dibawa disesuaikan dengan kapasitas *safety box* yang tersedia serta jumlah ADS yang akan dipergunakan.

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 kemudian ada tambahan. Dengan semakin mantapnya unit pelayanan imunisasi, maka proporsi kegiatan pelayanan imunisasi untuk tambahan akan semakin kecil.

Pelayanan yang termasuk dalam imunisasi rutin yaitu vaksin yang diberikan pada bayi meliputi Hepatitis B, BCG, Polio, DPT serta Campak. Dengan cara membuat jadwal imunisasi rutin maka pemberian imunisasi yang tambahan akan semakin kecil. Pelayanan imunisasi rutin di posyandu diatur dengan mengikuti sistem pelayanan lima meja. Apabila pengunjung datang dapat diberikan penyuluhan kelompok sebelum pelayanan dimulai dan dilakukan pendataan sasara. Selama pemberian imunisasi dilakukan segera setelah pelayanan baik di KMS maupun di buku catatan hasil imunisasi bayi dan ibu (buku merah dan kuning). Kunjungan dirumah dilakukan dengan tujuan memberikan imunisasi HB (0-7 hari) yang lahir di rumah. Setelah selesai dilakukan pelayanan di posyandu dan kunjungan rumah hasil cakupan imunisasi serta masalah yang ditemukan dilaporkan, didiskusikan dengan kader. Demikian pula sebelum pulang, petugas melaporkan hasil kegiatan serta masalah yang ditemukan dilaporkan kepada kepala desa atau pamong. Sesampainya di puskesmas, hasil kegiatan di lapangan pada hari itu direkap di buku biru (catatan imunisasi puskesmas). Pelayanan Imunisasi Tambahan hanya dilakukan dengan dasar ditemukannya suatu masalah dari hasil pemantauan maupun evaluasi. Meskipun beberapa diantaranya memiliki langkah yang sudah baku, namun karena ditujukan untuk mengatasi masalah tertentu maka tidak dapat diterapkan secara rutin.

4) Koordinasi

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

Kerjasama Lintas Program yaitu pada semua tingkat administrasi, pengelola program imunisasi ini diharapkan mengadakan kerjasama dengan program lain dibidang kesehatan. Beberapa bentuk kerjasama yang telah dirintis antara lain : Keterpaduan KIA dengan Imunisasi, Keterpaduan Imunisasi dengan Surveilans, Keterpaduan KB dengan Kesehatan (Imunisasi, Gizi, Diare, KIA, KB), dan Keterpaduan UKS dengan Imunisasi.

Untuk kerjasama lintas sektoral, pengelola program imunisasi harus mengisi kegiatan yang bertujuan untuk membina kerjasama lintas sektoral yang telah berbentuk, yaitu:

- (1) Kerjasama imunisasi dengan Departemen Agama
- (2) Kerjasama imunisasi dengan Departemen Dalam Negeri
- (3) Kerjasama imunisasi dengan Departemen Pendidikan Nasional
- (4) Kerjasama imunisasi dengan 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: vaksin yang sensitif terhadap panas: Polio, Campak dan BCG dan vaksin yang sensitif terhadap pembekuan: Hepatitis B, DPT, TT dan DT.

Semua vaksin tersebut akan rusak apabila terpapar suhu panas. Namun untuk vaksin Polio, Campak dan BCG akan lebih cepat rusak pada paparan panas dibandingkan vaksin Hepatitis B, DPT, TT dan DT. Sebaliknya untuk vaksin Hepatitis B, DPT, TT dan DT akan rusak bila terpapar dengan suhu yang 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) bulandan 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 antara 2°-8°C. Adapun vaksin lainnya harus disimpan pada suhu 2°-8°C seperti vaksin Hepatitis B, DPT, TT dan DT tidak boleh terpapar dengan suhu beku karena vaksin akan rusak akibat meningkatnya konsentrasi zat pengawet yang merusak antigen. Dalam penyimpanan vaksin, susunannya harus benar-benar diperhatikan karena suhu dingin dari lemari es atau *freezer* diterima vaksin secara konduksi, maka ketentuan jarak antar kemasan vaksin harus dipenuhi. Demikian pula letak vaksin menurut jenis antigennya mempunyai urutan tertentu dan bertujuan 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 jumlah maupun frekuensi vaksin 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 di tiap kabupaten/kota setiap bulannya dan petugas puskesmas setiap bulan mengambil vaksin dari gudang kabupaten/kota. Untuk kabupaten atau 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 benar-benar diperhatikan.

d) Pemakaian

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

Kebijaksanaan program imunisasi adalah dengan tetap membuka vial ataupun ampul yang masih baru meskipun sasaran dilapangan sedikit agar tidak mengecewakan masyarakat. Jika pada awalnya indeks pemakaian vaksin (IPV) 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 tidak dilaporkan, cukup hanya 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 bias menyebarkan beberapa penyakit. Membiarkan limbah jarum bekas berada ditempat 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 (Permenkes, 2017):

a) Petugas Imunisasi

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

Tugas: memberikan pelayanan imunisasi dan penyuluhan.

b) Pelaksana *Cold Chain*

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

Tugas: mengelola vaksin dan merawat lemari es, mencatat suhu lemari es, mencatat pemasukan dan pengeluaran vaksin, mengambil vaksin di kabupaten/kota sesuai kebutuhan.

c) Pengelola Program Imunisasi

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

Tugas: mengatur jadwal pelayanan imunisasi, mengecek catatan pelayanan imunisasi, membuat dan mengirim

laporan ke kabupaten/kota, membuat dan menganalisa PWS bulanan, merencanakan tindak lanjut.

- 2) Pelatihan Teknis : kegiatan imunisasi hanya dapat dilaksanakan oleh petugas imunisasi yang mempunyai latar belakang pendidikan medis atau keperawatan atau petugaslain yang kompeten. Untuk meningkatkan pengetahuan serta keterampilan dari petugas imunisasi perlu dilakukan dan diadakan suatu pelatihan.

Petugas imunisasi yang telah mengikuti pelatihan yang diselenggarakan, kemudian diberikan tanda bukti pelatihan dan dapat berupa sertifikat pelatihan dan memiliki materi-materi dasar kebijakan program imunisasi. Pelatihan bagi pelatih dan petugas imunisasi harus dilaksanakan sesuai dengan materi pelatihan yang diikuti petugas imunisasi. Pelatihan teknis diberikan kepada petugas-petugas imunisasi di puskesmas, rumah sakit ataupun 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 pada manajemen program pelaksanaan imunisasi memegang peranan penting dan sangat menentukan. Selain menunjang pelayanan imunisasi juga menjadi dasar dalam membuat perencanaan maupun evaluasi program imunisasi. Pencatatan sebaiknya dilakukan pada saat melaksanakan pelayanan imunisasi dilapangan dan jangan ditunda.

1) Pencatatan

Tingkat desa meliputi : (1) Sasaran Imunisasi adalah pencatatan bayi serta ibu hamil untuk persiapan pelayanan imunisasi, Petugas mengkomplikasikan data-data tersebut ke dalam buku pencatatan hasil imunisasi bayi dan ibu, (2) Hasil Cakupan Imunisasi adalah 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 saat itu di posyandu dicatat di KMS. 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 static 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 dan swasta, balai imunisasi swasta, rumah bersalin swasta kepada pengelola program di tingkat administrasi yang sesuai. Unit yang di atas mendapatkan laporan hasil rangkap dari unit yang dibawahnya. Pelaporan dari tingkat puskesmas ke kabupaten atau kota dilaksanakan selambat-lambatnya ditanggal 5 pada bulan berikutnya. Syarat-syarat pelaporan yang baik meliputi : (1) Lengkap artinya semua bagian di dalam laporan telah diisi lengkap dan tidak ada yang dibiarkan kosong dan semua tempat pelayanan telah mengirimkan laporan, (2) Tepat Waktu artinya laporan seharusnya diserahkan ke kabupaten/kota paling lambat tanggal 5 pada bulan berikutnya dengan tepat waktu, dan (3) Akurat artinya 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) 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 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 atau berhasil harus disertai dengan mutu program yang tinggi pula. Untuk meningkatkan mutu program tersebut harus disertai pembinaan dari atas (supervisi) dan ini 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 peningkatan mutu manajemen program, peningkatan mutu pelayanan dan segi teknis dari program dan peningkatan bantuan dan kerjasama lintas sektoral.

Pimpinan puskesmas dapat mengadakan supervisi intern atau pembinaan internal kepada petugas imunisasi dengan menggunakan hasil analisa supervise check list. Karena jawaban supervisi ini telah dikuantifikasi, maka hasil supervisi yang menyangkut mutu dapat

dibandingkan dengan hasil supervisi ditingkat administrasi yang setara. Rekapitan hasil dari supervisi ini selain dilaporkan 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.

2.2.3 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 dikumpulkan data kemudian dianalisa, hasil analisis tersebut 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 (Permenkes, 2017):

a. Pemantauan/Monitoring

Salah satu fungsi penting didalam manajemen pelaksanaan program yaitu pemantauan. Dengan adanya pemantauan kita dapat menjaga agar tiap kegiatan sejalan dengan ketentuan program yang telah ditetapkan. Alat pemantauan yang dimiliki program pelaksanaan

imunisasi adalah Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Alat Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) ini berfungsi untuk meningkatkan cakupan imunisasi, dan lebih bersifat memantau kuantitas dari suatu program. Indonesia pertama kalinya memakai di pada tahun 1985 dan ini dikenal dengan nama Local Area Monitoring (LAM). Local Area Monitoring (LAM) sudah terbukti efektif dan kemudian diakui oleh WHO untuk diperkenalkan di negara-negara lain. Grafik Local Area Monitoring (LAM) kemudian disempurnakan menjadi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Adapun prinsip Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) antara lain:

- 1) Memanfaatkan data yang ada yaitu data cakupan ataupun laporan dari hasil cakupan imunisasi.
- 2) Menggunakan indikator yang sederhana yaitu tidak terlalu banyak. Indikator Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) untuk masing-masing antigen: DPT-1: jangkauan atau aksesibilitas pelayanan, Hepatitis B1 kurang dari 7 hari: jangkauan aksesibilitas pelayanan, Campak: tingkat perlindungan (efektifitas program), Polio4: tingkat perlindungan (efektifitas suatu program) Drop out DPT-1 – Campak: efisiensi atau manajemen program.
- 3) Dimanfaatkan dalam pengambilan keputusan setempat.
- 4) Teratur serta tepat waktu yaitu setiap bulan. Teratur untuk menghindari adanya kehilangan informasi penting. Tepat waktu agar tidak terlambat dalam mengambil keputusan.
- 5) Lebih dimanfaatkan sendiri ataupun sebagai umpan balik untuk dapat mengambil tindakan dan keputusan daripada hanya dikirimkan hanya sebagai laporan.
- 6) Membuat grafik yang jelas dan menarik untuk masing-masing indikator diatas sehingga memudahkan untuk menganalisa.

Berdasarkan hasil analisa Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) tersebut, desa dikelompokkan dalam tiga kategori sebagai berikut: Daerah dengan cakupan rendah dan sulit dijangkau (warna merah),

Daerah dengan cakupan rendah tetapi mudah dijangkau (warna kuning) dan Daerah dengan cakupan telah mencapai target (warna hijau). Berdasarkan hasil analisa Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) tersebut juga harus dilakukan tindak lanjut. Adapun tindak lanjut setelah analisa Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) adalah sebagai berikut:

1) Pemantauan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) pada pertemuan teknis

Pada pertemuan teknis lokakarya mini di tingkat puskesmas tiap bulan, Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) digunakan untuk memberikan informasi hasil yang telah dicapai oleh puskesmas, identifikasi masalah, merencanakan perbaikan serta penyusunan rencana operasional. Puskesmas yang berhasil dan yang tidak berhasil diminta untuk mempresentasikan upaya apa saja yang telah dan yang akan dilaksanakan selama ini dipaparkan di dalam pertemuan tersebut.

2) Pemanfaatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) pada koordinasi lintas sektor

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) disajikan dan didiskusikan pada pertemuan lintas sektoral untuk memperoleh dukungan dan temuan bagi pemecahan masalah.

3) Tindak lanjut setelah pertemuan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)

Keputusan untuk mengadakan tindak lanjut merupakan hasil utama dari setiap pertemuan lintas sektoral. Tanpa adanya tindak lanjut pertemuan dan analisa Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) tidak ada gunanya bagi peningkatan kualitas dan kuantitas program imunisasi.

b. Evaluasi

Tujuan dari adanya evaluasi adalah untuk mengetahui hasil ataupun proses dari kegiatan jika dibandingkan dengan target atau yang

diharapkan. Beberapa macam kegiatan evaluasi yang dilakukan secara berkala dalam program imunisasi. Salah satu yang perlu dilakukan dalam kegiatan evaluasi ini adalah cakupan pertahunnya. Untuk setiap antigen grafik cakupan pertahun dapat memberikan gambaran secara keseluruhan tentang adanya kecenderungan yang terjadi : tingkat pencapaian target cakupan imunisasi, indikasi adanya masalah dan acuan untuk memperbaiki kebijaksanaan ataupun strategi yang perlu diambil untuk tahun-tahun berikutnya.

Berdasarkan sumber data, ada dua macam evaluasi:

1) Evaluasi dengan data sekunder

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

a) Stok vaksin

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

b) Indeks pemakaian vaksin

Dari pencatatan stok vaksin pada setiap bulan diperoleh jumlah vial/ampul vaksin yang telah digunakan. Untuk mengetahui berapa rata-rata jumlah dosis yang diberikan untuk setiap vial/ampul, yang disebut indeks pemakaian vaksin (IP). Perhitungan indeks pemakaian vaksin (IP) dilakukan untuk setiap jenis vaksin. Nilai indeks pemakaian vaksin (IP) biasanya lebih kecil dari jumlah dosis vial/ampul. Apabila indeks pemakaian vaksin (IP) lebih besar dari

jumlahnya dosis vial/ampul maka pencatatan dan pelaporannya harus diperiksa lagi. Hasil perhitungan indeks pemakaian vaksin (IP) menentukan berapa jumlah vaksin yang harus disediakan untuk tahun berikutnya. Bila hasil perhitungan indeks pemakaian vaksin (IP) dari tahun ke tahun untuk masing-masing vaksin divisualisasikan, pengelola program akan lebih mudah dalam menilai apakah strategi operasional yang diterapkan di puskesmas sudah memperhatikan masalah efisiensi suatu program tanpa mengurangi cakupan serta mutu pelayanan yang diberikan.

c) Suhu lemari es

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

d) Cakupan per tahun

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

2) Evaluasi dengan data primer

a) Survei cakupan (coverage survey)

Tujuan utama yaitu untuk mengetahui tingkat cakupan dari program imunisasi. Tujuan tambahan yaitu dapat memperoleh informasi tentang distribusi umur saat diimunisasi, mutu pencatatan dan pelaporan, penyebab kegagalan imunisasi, tempat memperoleh imunisasi.

b) Survei dampak

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

c) Uji potensi vaksin

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

2.3 Konsep Puskesmas

a. Pengertian dan Peran Puskesmas dalam Imunisasi

Puskesmas adalah suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan bagi masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan pada tingkat pertama dan mengutamakan upaya *promotion* (promosi) serta *prevention* (pencegahan) untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes, 2014).

Puskesmas adalah sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota yang bertanggungjawab dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja tertentu. Wilayah kerja puskesmas meliputi wilayah kerja administratif, yaitu satu wilayah kecamatan atau beberapa desa atau kelurahan di satu wilayah kecamatan. Berdasarkan pelayanan yang diberikan puskesmas dibagi menjadi empat yaitu, puskesmas dengan rawat jalan, puskesmas dengan rawat inap yang memberikan pelayanan dalam 24 jam, puskesmas rawat inap PONED yang memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar.

Dasar 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 dengan tujuan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh serta terpadu bagi seluruh masyarakat yang tinggal di suatu wilayah kerjanya. Program kesehatan yang diselenggarakan oleh suatu puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk melindungi penduduknya, termasuk mengembangkan program khusus untuk penduduk miskin (Muninjaya, 2011).

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

b. 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 (Permenkes, 2014).

c. Misi Puskesmas

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, yaitu (Permenkes, 2014):

- 1) 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.
- 2) Mendorong kemandirian hidup yang sehat bagi keluarga serta masyarakat di suatu wilayah kerjanya. Puskesmas akan selalu berupaya agar setiap keluarga dan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya semakin berdaya di bidang kesehatan melalui peningkatan pengetahuan dan kemampuan menuju kemandirian dan hidup sehat.
- 3) Memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan, pemerataan dan keterjangkauan dari pelayanan kesehatan yang diselenggarakan puskesmas. Puskesmas akan selalu berupaya dalam 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.
- 4) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga maupun masyarakat serta lingkungan sekitarnya. Puskesmas akan selalu berupaya dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah adanya penyakit dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat yang berkunjung dan bertempat tinggal di wilayah kerjanya tanpa adanya diskriminasi dan dengan menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang sesuai.

d. Prinsip Penyelenggaraan, Tujuan dan Fungsi Puskesmas

- 1) Prinsip Penyelenggaraan

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

a) Paradigma Sehat

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

b) Pertanggungjawaban Wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

c) Kemandirian Masyarakat

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

d) 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.

e) 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.

f) 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.

2) 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).

3) Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes RI No. 75 Tahun 2014, fungsi puskesmas dapat digolongkan menjadi :

a) Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

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

b) Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga serta masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, serta mampu berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, ikut menetapkan, menyelenggarakan dan selanjutnya memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga maupun masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi maupun situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

c) Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama dengan secara menyeluruh, terpadu serta berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi : (1) Pelayanan kesehatan perorangan yaitu 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 ditambah dengan rawat inap. (2) Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama yaitu untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut meliputi promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan sekitar, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan lainnya untuk masyarakat.

e. Upaya Kesehatan di Puskesmas

Upaya tercapainya visi pada pembangunan kesehatan melalui puskesmas yakni terwujudnya kecamatan yang sehat menuju Indonesia sehat. Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat, yang jika ditinjau keduanya dari sistem kesehatan nasional merupakan pelayanan kesehatan pada tingkat pertama. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua diantaranya :

1) Upaya Kesehatan Wajib

Upaya kesehatan wajib puskesmas adalah upaya yang diterapkan sesuai komitmen nasional, regional serta global yang mempunyai daya ungkit tinggi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya pada

kesehatan wajib ini harus diselenggarakan oleh masing-masing puskesmas yang ada di wilayah Indonesia. Upaya kesehatan wajib tersebut adalah (Dinkes Provinsi Jatim, 2011):

- a) Upaya terhadap Promosi Kesehatan
- b) Upaya terhadap Kesehatan Lingkungan
- c) Upaya Kesehatan Ibu dan Anak beserta Keluarga Berencana
- d) Upaya Perbaikan dalam Gizi
- e) Upaya Pencegahan serta Pemberantasan Penyakit Menular
- f) Upaya Pengobatan

2) Upaya Kesehatan Pengembangan

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

- a) Upaya Kesehatan Sekolah
- b) Upaya Kesehatan Olahraga
- c) Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
- d) Upaya Kesehatan Kerja
- e) Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- f) Upaya Kesehatan Jiwa
- g) Upaya Kesehatan Mata
- h) Upaya Kesehatan Usia Lanjut
- i) Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional

f. Manajemen Puskesmas

Terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang sesuai dengan azas penyelenggaraan, puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen puskesmas yang baik. Manajemen puskesmas merupakan serangkaian 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 berkesinambungan. Fungsi manajemen puskesmas yang dikenal menurut Permenkes RI No. 75 Tahun 2014 adalah :

1) Perencanaan

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

a) Perencanaan upaya kesehatan wajib

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

(1) Menyusun usulan kegiatan

Langkah pertama yang dilakukan oleh puskesmas yaitu 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 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 atau kota dengan mengikutsertakan BPP serta dikoordinasikan dengan camat.

(2) Mengajukan usulan kegiatan

Langkah kedua yang dilakukan puskesmas yaitu mengajukan usulan kegiatan ke Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota untuk persetujuan pembiayaannya. Perlu diperhatikan dalam mengajukan usulan kegiatan harus dilengkapi dengan usulan kebutuhan rutin, sarana dan prasarana serta operasional puskesmas beserta pembiayaannya.

(3) Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan

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

b) Perencanaan upaya kesehatan pengembangan

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

(1) Identifikasi upaya kesehatan pengembangan

Langkah pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi upaya kesehatan pengembangan yang akan diselenggarakan oleh puskesmas. Identifikasi ini dilaksanakan berdasarkan ada tidaknya masalah kesehatan dalam upaya kesehatan pengembangan tersebut. Apabila puskesmas memiliki kemampuan, mengidentifikasi 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.

(2) Menyusun usulan kegiatan

Langkah kedua yang dilakukan oleh puskesmas yaitu menyusun usulan kegiatan yang berisikan rincian kegiatan, tujuan kegiatan, sasaran kegiatan, besaran kegiatan (volume), waktu, lokasi serta perkiraan kebutuhan biaya untuk setiap kegiatan. Rencana yang telah disusun kemudian diajukan dalam bentuk matriks.

Penyusunan rencana pada lagkah awal pengembangan suatu program dilakukan melalui pertemuan yang dilaksanakan secara khusus bersama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota dalam bentuk musyawarah masyarakat. Penyusunan rencana pada tahap pelaksanaan untuk tahun berikutnya dilakukan dengan terintegrasi dengan penyusunan rencana upaya kesehatan wajib.

(3) Mengajukan usulan kegiatan

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

(4) Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan

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

2) Pelaksanaan dan Pengendalian

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

a) Pengorganisasian

Untuk melaksanakan rencana kegiatan perlu adanya pengorganisasian. Dua macam pengorganisasian yang harus dilakukan, pertama yaitu pengorganisasian berupa penentuan penanggungjawab dan pelaksana disetiap 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 bagi yang bertanggungjawab ini dilakukan pertemuan-pertemuan dalam penggalangan tim pada awal tahun kegiatan. Kedua, pengorganisasian berupa penggalangan secara lintas sektoral. Ada dua bentuk penggalangan kerjasama yang dapat dilakukan antara lain:

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

b) Penyelenggaraan

Setelah suatu pengorganisasian telah selesai dilakukan, kegiatan selanjutnya adalah menyelenggarakan rencana kegiatan puskesmas, artinya para penanggungjawab dan para pelaksana yang telah ditetapkan pada pengorganisasian, ditugaskan menyelenggarakan kegiatan puskesmas sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya agar dapat terselenggara rencana tersebut perlu dilakukan kegiatan sebagai berikut :

- (1) Mengkaji ulang rencana pelaksanaan yang telah disusun terutama yang menyangkut jadwal pelaksanaannya, target

pencapaian, lokasi wilayah kerja dan rincian tugas para penanggungjawab dan para pelaksana.

(2) Menyusun jadwal kegiatan bulanan untuk tiap petugas sesuai dengan rencana pelaksanaan yang telah disusun. Beban kegiatan puskesmas harus terbagi habis serta merata kepada seluruh petugas.

(3) Menyelenggarakan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Pada waktu menyelenggarakan kegiatan puskesmas harus diperhatikan hal-hal: Azas penyelenggaraan puskesmas yang meliputi penyelenggaraan kegiatan puskesmas harus menerapkan keempat azas pertanggungjawaban wilayah, azas pemberdayaan masyarakat, azas keterpaduan serta azas rujukan, Berbagai standar dan pedoman pelayanan puskesmas : pada saat ini telah berhasil dikembangkan berbagai standar dan pedoman pelayanan puskesmas sebagai acuan dari penyelenggaraan kegiatan puskesmas yang harus diperhatikan pada waktu menyelenggarakan kegiatan puskesmas. Standar pedoman tersebut adalah : Standar dan Pedoman Bangunan Puskesmas, Standar dan Pedoman Peralatan Puskesmas, Standar Manajemen Peralatan Puskesmas, Standar dan Pedoman Ketenagaan Puskesmas, Pedoman Pengobatan Rasional Puskesmas, Standar Manajemen Obat Puskesmas, Standar dan Pedoman Teknis Pelayanan, Pedoman Sistem Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan Pedoman Perhitungan Satuan Biaya Pelayanan Puskesmas

Kendali Mutu merupakan penyelenggaraan kegiatan puskesmas harus menerapkan program kendali mutu. Kendali mutu adalah upaya yang dilakukan secara berkesinambungan, secara sistematis, obyektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Prinsip dalam program kendali mutu

yaitu kepatuhan terhadap berbagai standar maupun pedoman pelayanan dan etika profesi yang memuaskan bagi pemakai jasa pelayanan.

Kendali biaya adalah upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu dalam menetapkan kebijakan dan tata cara penyelenggaraan upaya kesehatan termasuk pembiayaannya, serta memantau pelaksanaannya sehingga terjangkau oleh masyarakat. Prinsip kendali biaya yaitu kepatuhan terhadap berbagai standar dan pedoman pelayanan serta etika profesi yang terjangkau oleh pemakai jasa pelayanan.

c) Pemantauan

Penyelenggaraan kegiatan diikuti dengan kegiatan pemantauan yang dilakukan secara berkala dan berkesinambungan. Kegiatan pemantauan mencakup hal-hal seperti melakukan tahapan penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai yang dibedakan atas dua hal yaitu telaahan internal merupakan telaahan bulanan terhadap kegiatan dan hasil yang dicapai oleh puskesmas dibandingkan dengan rencana serta standar pelayanan. Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) merupakan sistem diperolehnya data. Telaahan eksternal yaitu telaahan triwulan terhadap hasil yang ingindicapai 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.

d) Penilaian

Kegiatan penilaian yang dilakukan antara lain:

- (1) Melakukan penilaian terhadap penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai dibandingkan dengan rencana tahunan dan standar pelayanan. Sumber data yang dipergunakan pada penilaian ini dibedakan atas dua. Pertama yaitu 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.

- (2) Menyusun saran dari peningkatan penyelenggaraan kegiatan sesuai dengan pencapaian serta masalah dan hambatan yang ditemukan untuk rencana tahun berikutnya.
- (3) Pengawasan dan Pertanggungjawaban

Pengawasan dan pertanggungjawaban adalah proses dalam 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 : Pengawasan dibedakan atas dua macam yakni pengawasan internal maupun pengawasan eksternal. Pengawasan internal dilakukan secara melekat oleh atasan langsung. Pengawasan eksternal ini dilakukan oleh masyarakat, dinas kesehatan kabupaten atau kota serta berbagai instansi pemerintah yang terkait. Pengawasan ini mencakup berbagai aspek seperti aspek administratif, keuangannya dan teknis pelayanannya. Apabila pada pengawasan ditemukan adanya penyimpangan baik tentang rencana, standarnya, peraturan perundang-undangan maupun berbagai kewajiban yang berlaku, perlu dilakukan pembinaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pertanggungjawaban artinya 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 ataupun Kota serta pihak-pihak terkait lainnya, termasuk masyarakat melalui Badan Penyantun

Puskesmas. Apabila terjadi penggantian pimpinan atau kepala puskesmas, maka kepala puskesmas yang lama diwajibkan membuat laporan pertanggungjawaban masa jabatannya.

2.4 Pendekatan Sistem

a. Pengertian Sistem

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

b. Sistem Dalam Penyelenggaraan Program Imunisasi

Menurut Azwar (1998) dalam Muninjaya (2011), dalam sistem terdapat unsur-unsur yang satu samalain saling berhubungan dan saling mempengaruhi dimana kesemuanya membentuk satu kesatuan, unsur-unsur tersebut yaitu:

1) 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), *Methode* (metode), *Material* (sarana/prasarana) dan *Machine* (peralatan/perlengkapan). Contoh Masukan (*input*) dalam penyelenggaraan program imunisasi adalah tenaga yaitu petugas imunisasi, fasilitas lain dan sebagainya.

2) 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 didalam manajemen pelaksanaan program imunisasi adalah kegiatan pelayanan imunisasi di puskesmas.

3) Keluaran (*Output*)

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

4) Umpan Balik (*Feed Back*)

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

5) Dampak (*Impact*)

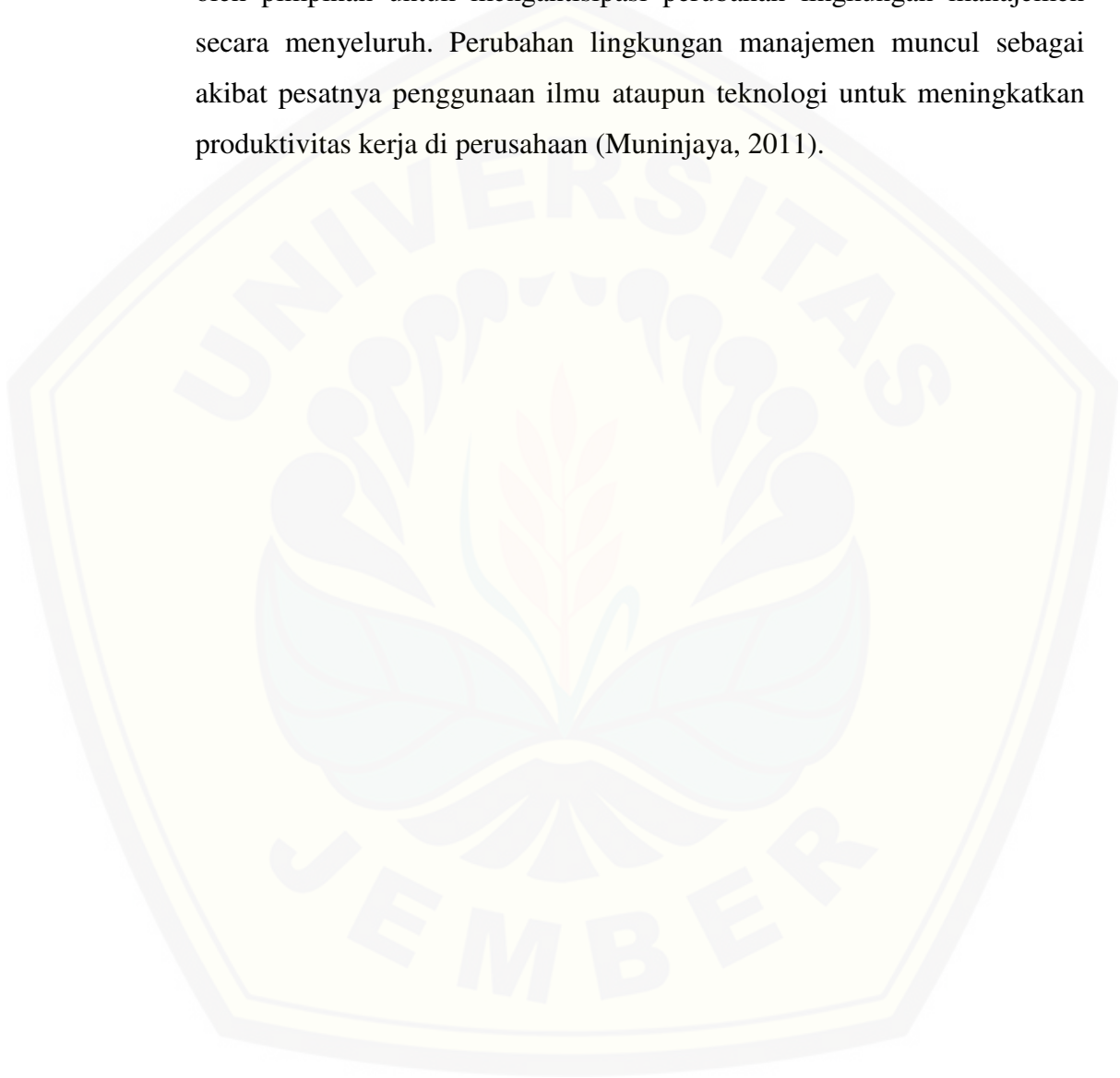
Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem. Dampak yang diharapkan dari administrasi kesehatan adalah makin meningkatnya derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan ini hanya akan tercapai apabila kebutuhan (*need*) serta tuntutan (*demands*) perseorangan, keluarga, kelompok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

6) Lingkungan (*Environment*)

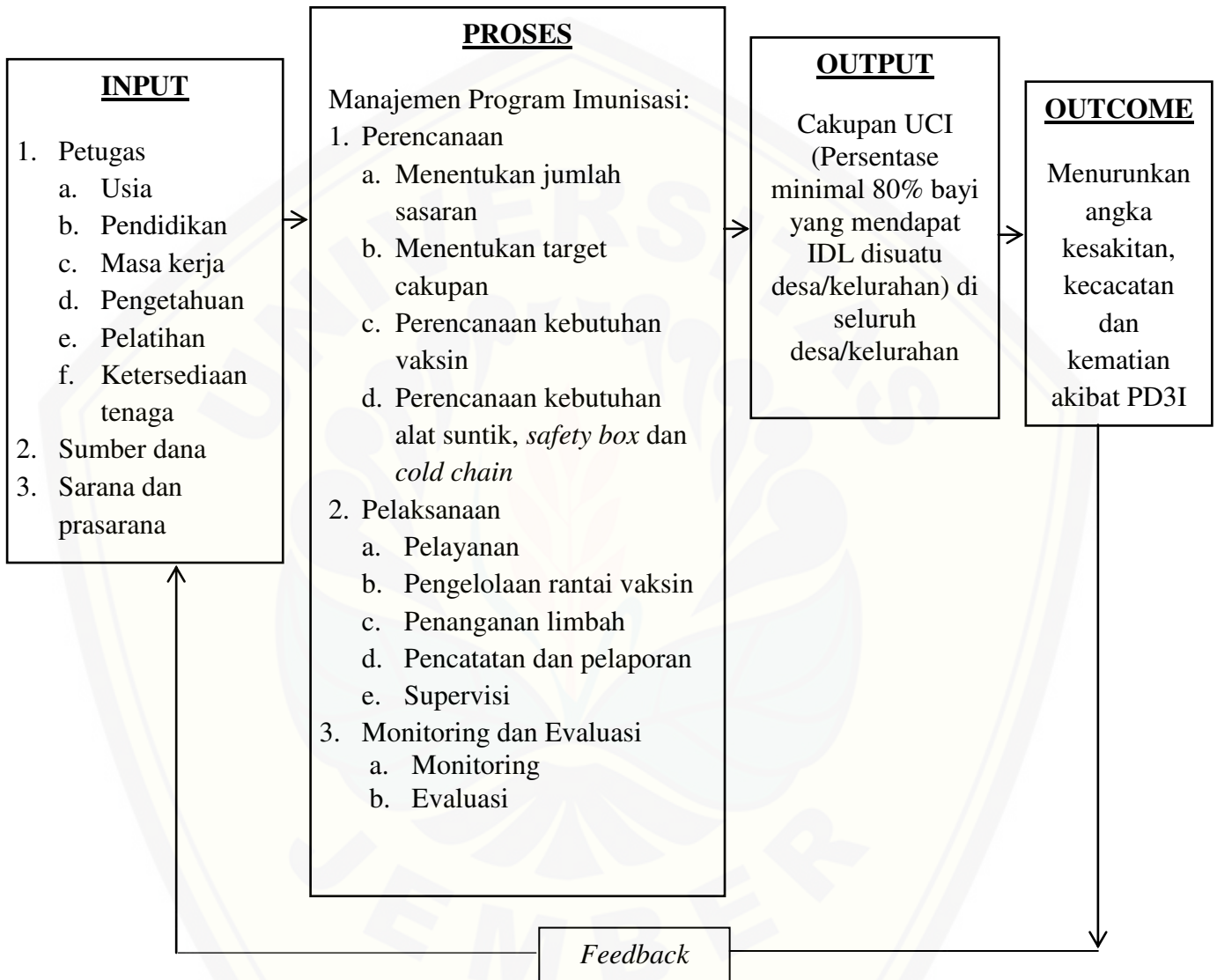
Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang tidak dikelola sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

Keenam sistem ini saling berhubungan dan mempengaruhi. Menurut Muninjaya (2011) 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 adalah bagian dari *outcome* yang dapat menjadi masukan bagi suatu sistem. Sedangkan dampak merupakan hasil dari suatu sistem dalam jangka waktu yang panjang. Pendekatan sistem digunakan oleh pimpinan untuk mengantisipasi perubahan lingkungan manajemen secara menyeluruh. Perubahan lingkungan manajemen muncul sebagai akibat pesatnya penggunaan ilmu ataupun teknologi untuk meningkatkan produktivitas kerja di perusahaan (Muninjaya, 2011).



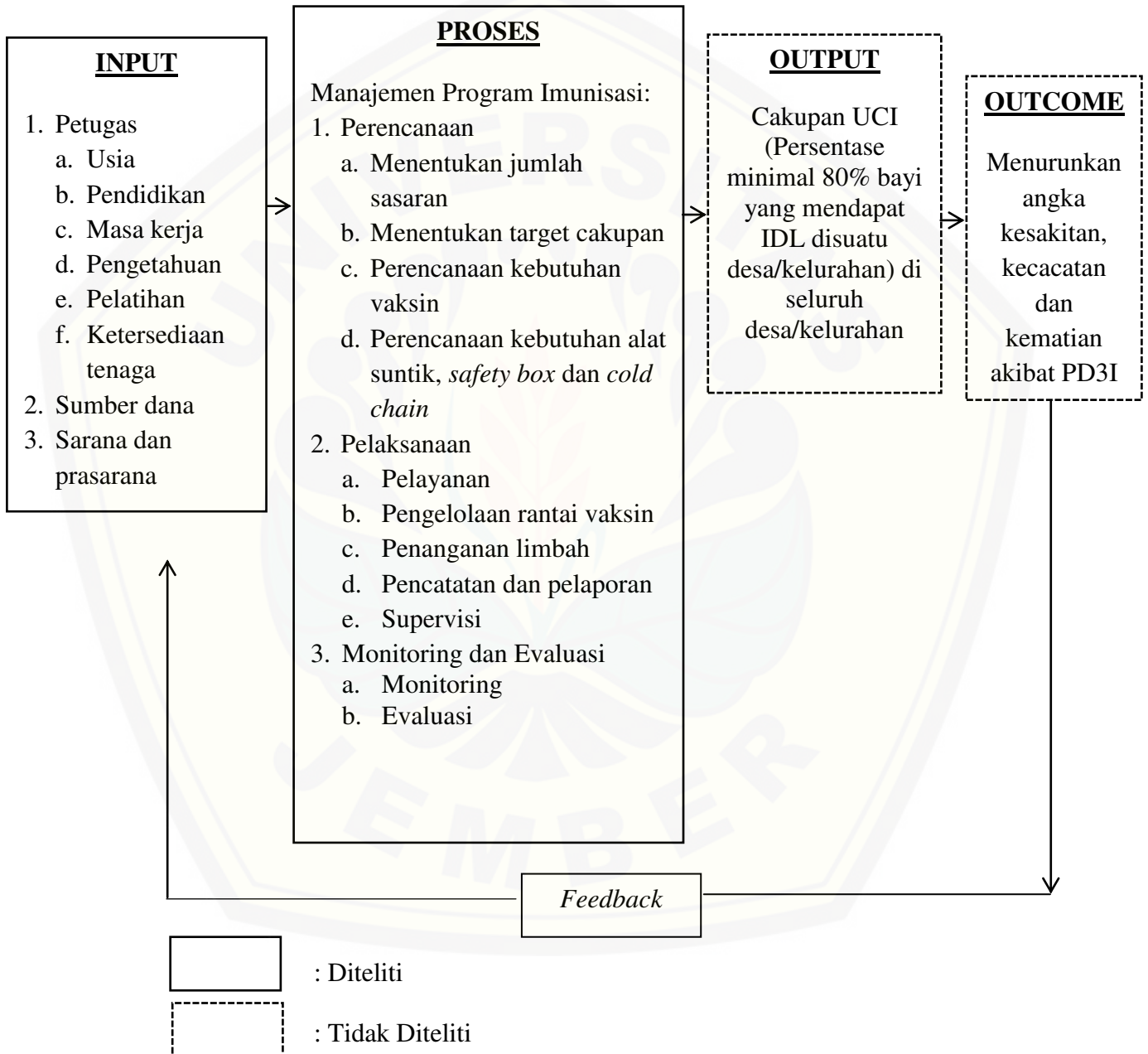
2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

(Sumber : Teori Pendekatan Sistem menurut Azwar (1998) dan Permenkes RI Nomor 12 Tahun 2017)

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

Program pelaksanaan imunisasi bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Untuk mendapatkan informasi yang tepat serta sesuai, dapat menggunakan pendekatan sistem. Berdasarkan pendekatan sistem, manajemen pelaksanaan program dari imunisasi di tingkat puskesmas terdiri dari *input*, *process*, *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, sarana dan prasarana yaitu fasilitas yang tersedia untuk mendukung keberhasilan program imunisasi serta media alat suntik dan vaksin yang diperlukan dalam penyelenggaraan program imunisasi. Proses dari manajemen penyelenggaraan program imunisasi di puskesmas Arjowinangun Kota Malang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi. Di dalam proses pelaksanaan terdiri dari pelayanan, pengelolaan rantai vaksin, penanganan limbah, pencatatan dan pelaporan serta supervisi. Dari hasil kegiatan tersebut diharapkan mendapatkan *output*. *Output* dalam manajemen pelaksanaan program imunisasi ini yaitu cakupan UCI di puskesmas Arjowinangun Kota Malang yang maksimal, sedangkan *outcome* atau dampak yaitu menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian bayi akibat PD3I. Dalam penelitian ini, variabel yang akan diteliti adalah input dari manajemen program imunisasi seperti petugas, dana, sarana dan prasarana serta manajemen penyelenggaraan program imunisasi yang terdiri dari proses perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian eksploratif dengan pendekatan kualitatif. Jenis penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan keadaan suatu fenomena, dalam penelitian ini tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis tertentu tetapi hanya menggambarkan apa adanya suatu variabel, gejala atau keadaan (Arikunto, 2006). Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji lebih dalam mengenai manajemen pelaksanaan program imunisasi di tingkat puskesmas.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang, dengan pertimbangan sebagai berikut:

1. Puskesmas Arjowinangun memiliki angka pencapaian UCI yang masih rendah yaitu sebesar 25%.
2. Dari empat kelurahan yang menjadi daerah wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun terdapat tiga kelurahan yang belum mencapai UCI.

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah terhitung sejak bulan September-Oktober 2017.

3.3 Penentuan Informan

Informan penelitian adalah subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian (Bungin, 2011). 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 Seksi Surveilans dan Imunisasi Dinkes Kota Malang dan Kepala Puskesmas Arjowinangun sebagai penanggungjawab kegiatan di tingkat puskesmas.

- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung didalam interaksi sosial yang diteliti. Penelitian ini yang menjadi informan utama adalah programmer imunisasi, bidan pelaksana dan perawat yang bertugas di wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun.
- c. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi yang relevan walaupun tidak terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Pada penelitian ini, sebagai informan tambahan adalah kader posyandu di wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun. Jumlah informan tambahan disesuaikan dengan kejenuhan data.

3.4 Fokus Penelitian

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

Tabel 3.1. Fokus Penelitian

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Penelitian	Informan
1	Petugas	Sumberdaya manusia yang terlibat dalam kegiatan imunisasi yang meliputi usia, riwayat pendidikan, masa kerja, pengetahuan, pelatihan dan ketersediaan tenaga	Wawancara mendalam dan Dokumentasi	Informan kunci dan informan utama
	a. Usia	Batas usia sampai dilaksanakannya penelitian	Wawancara	Informan kunci dan informan utama
	b. Pendidikan	Riwayat pendidikan yang pernah ditempuh sampai dilaksanakannya penelitian	Wawancara mendalam dan Dokumentasi	Informan kunci dan informan utama
	c. Masa kerja	Masa kerja petugas sampai waktu dilakukannya penelitian	Wawancara mendalam dan	Informan kunci dan

			Dokumentasi	informan utama
	d. Pengetahuan	Hal yang diketahui petugas tentang program <i>Universal Child Immunization</i> , meliputi pengertian, tujuan program UCI, sasaran program UCI, indikator keberhasilan UCI	Wawancara mendalam	Informan kunci dan informan utama
	e. Riwayat Pelatihan yang pernah diikuti	Pelatihan atau bentuk sosialisasi 3 tahun terakhir mengenai imunisasi yang pernah diikuti informan sampai dengan saat dilakukannya penelitian	Wawancara mendalam dan Dokumentasi	Informan kunci dan informan utama
	f. Ketersediaan tenaga	Ketersediaan petugas dalam program imunisasi ditinjau dari kualifikasinya sesuai dengan Permenkes 12 tahun 2017 tentang pedoman penyelenggaraan program imunisasi yaitu petugas imunisasi (tenaga bidan atau perawat), pelaksana <i>cold chain</i> (tenaga berpendidikan minimal SMA atau SMK)	Wawancara mendalam dan Dokumentasi	Informan kunci dan informan utama
2	Dana	Ketersediaan anggaran dalam program pelaksanaan imunisasi yang selama ini berjalan meliputi sumber dana yang dipakai dalam kegiatan imunisasi	Wawancara mendalam	Informan kunci dan informan utama
3	Sarana dan prasarana	Fasilitas yang tersedia dalam pelaksanaan program imunisasi meliputi pedoman pelaksanaan, form pelaporan, lemari es, <i>freezer</i> , <i>vaccine carrier</i> , termos, <i>cold box</i>	Wawancara mendalam dan Observasi	Informan kunci dan informan utama
4	Perencanaan	Proses kegiatan yang dilakukan oleh pelaksana imunisasi untuk mengetahui jumlah sasaran imunisasi dan jumlah kebutuhan peralatan pada saat pelaksanaan imunisasi serta adanya bentuk persiapan kegiatan pelaksanaan	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan kunci dan informan utama

5	Pelaksanaan	Serangkaian kegiatan yang dilakukan terkait dengan pelaksanaan imunisasi dilapangan sesuai dengan pedoman. Kegiatan pelaksanaan dalam program imunisasi sesuai dengan pedoman penyelenggaraan imunisasi yang meliputi: pelayanan, pengelolaan rantai vaksin, penanganan limbah, pencatatan dan pelaporan serta supervisi.	Wawancara mendalam dan Observasi	Informan utama
	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, pengumpulan limbah ADS ke dalam <i>Safety Box</i> , vial dan/atau ampul vaksin untuk selanjutnya dibawa ke Puskesmas setempat untuk dilakukan pemusnahan limbah imunisasi sesuai dengan persyaratan	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan utama
	d.Pencatatan dan pelaporan	Membuat catatan hasil kegiatan imunisasi seperti mengisi buku KMS, form pelaporan, pencatatan hasil sasaran imunisasi, pencatatan hasil cakupan imunisasi serta melaporkan hasil	Wawancara mendalam, studi dokumentasi dan observasi	Informan utama

		pencatatan kegiatan imunisasi ke kota.		
b.	Supervisi	Kegiatan pengamatan yang dilakukan secara langsung dan berkala oleh kepala puskesmas terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas imunisasi dilapangan.	Wawancara mendalam dan studi dokumentasi	Informan kunci, informan utama dan informan tambahan
6	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 dari keterangan tentang suatu objek penelitian (Bungin, 2011). Terdapat dua data dalam penelitian, yaitu data primer dan data sekunder.

- a. Data primer merupakan data yang di dapat dari sumber pertama. Sumber data primer dalam penelitian ini berupa hasil wawancara mendalam kepada informan, observasi dan dokumentasi.
- b. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain. Data sekunder yaitu berupa bukti, catatan dan laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang telah dipublikasikan maupun tidak dipublikasikan. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan yang berupa hasil laporan

cakupan imunisasi di Kota Malang dan laporan hasil imunisasi Puskesmas Arjowinangun.

3.6 Teknik dan Instrumen Penelitian

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan tahapan prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan bagian dari instrumen pengumpulan data yang menentukan berhasil tidaknya suatu penelitian. Metode pengumpulan data penelitian kualitatif ini yang paling independent terhadap metode pengumpulan data serta 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:

1) Wawancara Mendalam (*in-depth interview*)

Wawancara yaitu 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-depth 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 dengan responden (Bungin, 2011). Data yang diperoleh dari wawancara mendalam ini terdiri dari kutipan langsung dari orang-orang tentang pengalamannya, pendapat, perasaan dan pengetahuannya.

2) Observasi

Observasi dalam penelitian ini dilakukan dengan observasi yang terus terang. Hal ini dikarenakan peneliti akan menyatakan terus terang kepada

sumber bahwa peneliti melakukan penelitian. Mereka yang diteliti mengetahui sejak awal sampai akhir aktivitas penelitian (Sugiyono, 2013).

3) Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan dalam pengamatan. Hal ini dilakukan untuk merekam pembicaraan dan juga dapat merekam suatu perbuatan yang dilakukan oleh informan pada saat wawancara. Metode dokumentasi ini adalah salah satu metode pengumpulan data yang digunakan dalam metodologi penelitian sosial. Metode dokumentasi digunakan untuk memperoleh sejumlah besar fakta serta data sosial yang tersimpan dalam bahan yang berbentuk dokumentasi (Bungin, 2011). Dokumentasi dalam penelitian ini merupakan hasil rekaman suara yang didapat pada saat wawancara dan foto-foto dan dokumen laporan.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat bantu yang akan digunakan sebagai sarana yang dapat diwujudkan dalam benda. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan panduan wawancara, lembar observasi *check list* dokumen dan implementasi. Penelitian ini, panduan wawancara mendalam digunakan untuk metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam yang dibantu oleh alat perekam dengan menggunakan *handphone* serta alat tulis.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2011). Data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dalam penelitian ini akan disajikan dalam bentuk uraian kata-kata serta kutipan-kutipan langsung dari informan tersebut yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan dari 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 informan, cukup rinci serta tanpa ada interpretasi serta evaluasi dari peneliti. Kemudian berdasarkan cerita dengan bahasa dan ungkapan asli informan atau informan tersebut mulai dikemukakan temuan penelitian yang nanti akan disajikan dengan perspektif atau teori-teori yang telah dipilih.

3.7.2 Teknik Analisis Data

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

- a. Proses analisis dimulai sejak peneliti menetapkan fokus permasalahan dan lokasi penelitian, kemudian lebih intensif pada saat turun ke lapangan.
- b. Peneliti mengumpulkan serta menyajikan data sebagai tahap awal membuktikan adanya perspektif, data dikumpulkan dari hasil transkrip wawancara mendalam, rekaman serta dianalisis setiap meninggalkan lapangan.
- c. Melakukan uji validitas data dengan triangulasi yaitu teknik pengecekan data dari berbagai sumber.
- d. Peneliti mulai menangkap secara jelas jawaban serta respon dari informan kemudian dilakukan interpretasi terhadap pernyataan-pernyataan dari informan.
- e. Mendeskripsikan pernyataan-pernyataan informan dalam bentuk kalimat langsung dan mengkategorikannya.

f. Peneliti memberikan pernyataan singkat tentang apa yang sebenarnya dialami oleh informan kemudian menghubungkan dengan teori yang ada.

Tahap terakhir dari suatu analisis data adalah mengadakan pemeriksaan keabsahan data (Moleong, 2010). Keabsahan data ini sangat mendukung dalam penentuan hasil akhir suatu penelitian. Oleh karena itu, diperlukan suatu teknik pemeriksaan data. Teknik keabsahan data yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik triangulasi. Triangulasi yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu 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 dari hasil pengamatan dengan data dari hasil wawancara.
- b. Membandingkan apa perkataan orang yang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi.
- c. Membandingkan apa perkataan orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
- d. Membandingkan keadaan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat serta pandangan orang seperti rakyat biasa, orang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berada dan orang pemerintahan.

3.8 Kredibilitas dan Dependabilitas Data

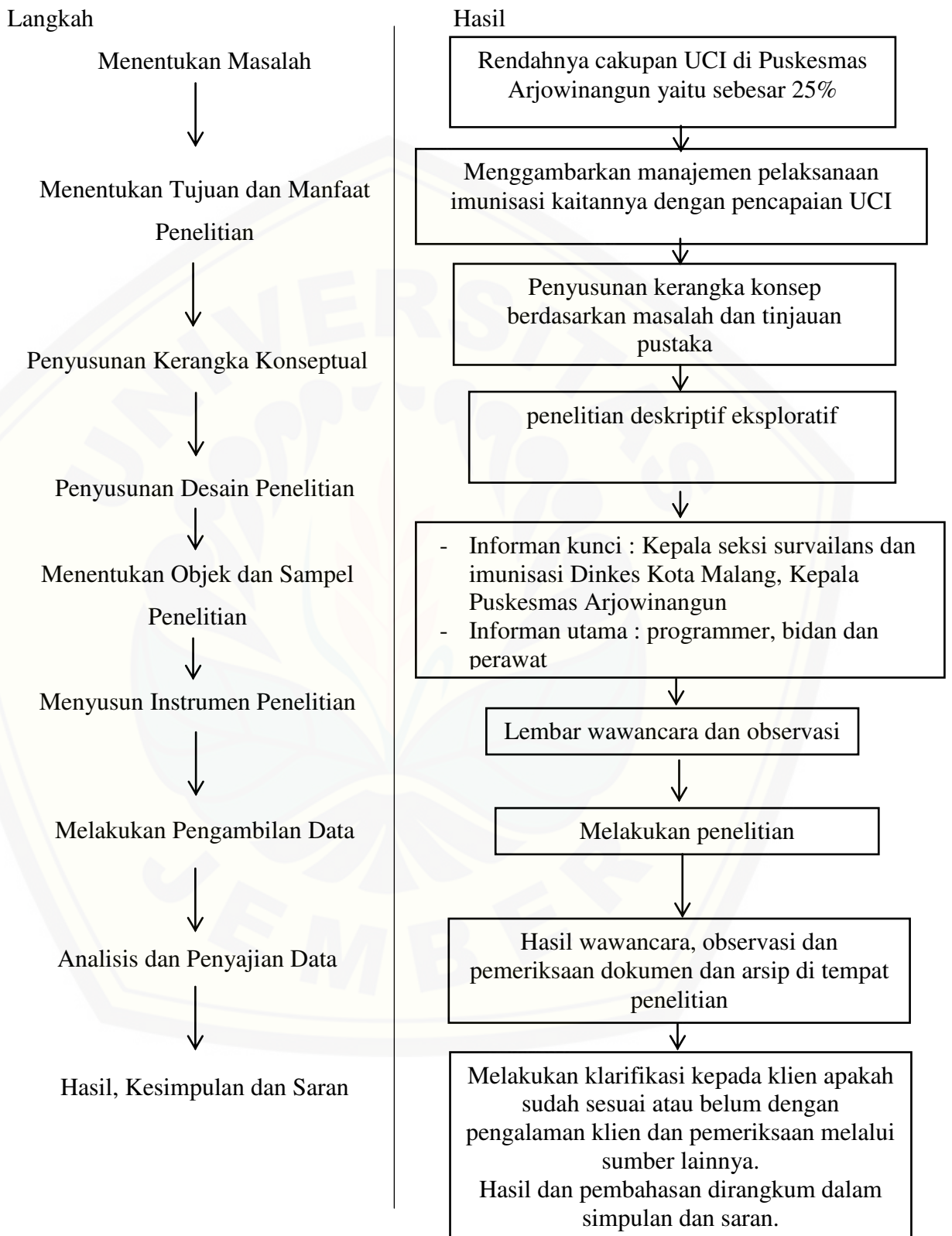
Analisis data yang digunakan adalah analisa kualitatif dan dalam penyajiannya berdasarkan dari data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Data kualitatif diolah sesuai variabel yang tercakup dalam penelitian dengan metode induksi, yaitu metode penarikan kesimpulan dari hal-hal yang khusus ke hal-hal yang umum. Selanjutnya pelaporan disajikan gambaran secara deskriptif. Adapun kredibitas dan dependabilitas sebagai berikut :

1. Kredibilitas ialah kesesuaian antara konsep penulis dengan konsep responden. Agar kredibilitas dalam penelitian ini terpenuhi, maka penulis melakukan beberapa cara yaitu mengadakan triangulasi, menggunakan alat

bantu dalam pengumpulan data dan menggunakan member check. Dalam penelitian kualitatif, keabsahan data dilakukan dengan menggunakan metode triangulasi. Triangulasi adalah teknik keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dari luar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Triangulasi dapat menggunakan kombinasi dari berbagai macam data atau sumber yang berbedabeda atau metode pengumpulan data yang berbeda dalam satu penelitian. Pada penelitian ini metode triangulasi yang digunakan adalah triangulasi dengan menggunakan *crosscheck* dari sumber, yaitu kepala seksi imunisasi dan survailans, kepala puskesmas, bidan pelaksana, perawat, kader.

2. Dependabilitas ialah apabila hasil penelitian kita memberikan hasil yang sama dengan penelitian yang diulang pihak lain. Kemampuan ini dapat dicapai dengan meminta seorang auditor independen untuk memeriksanya, hal ini disebut dengan audit trail (Moeleong, 2014).

3.10 Alur Penelitian



Gambar 3.1. Alur penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan tentang kajian manajemen penyelenggaraan program imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Input dari program imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun yaitu untuk pengetahuan, sebagian besar petugas imunisasi memiliki pengetahuan yang kurang tentang program UCI baik pengertian, tujuan, sasaran dan indikator keberhasilan UCI. Pelatihan tentang manajemen program imunisasi, bidan maupun perawat yang menjadi petugas imunisasi belum pernah mengikuti pelatihan teknis terkait imunisasi, yang selama ini mengikuti pelatihan hanya koordinator imunisasi saja. Pelaksana kegiatan imunisasi di Puskesmas Arjowinangun memiliki kualifikasi sudah sesuai standar yaitu pendidikan minimal DIII. Biaya akomodasi untuk pengambilan vaksin menggunakan dana operasional dari puskesmas, serta sarana dan prasarana sudah lengkap, berfungsi dengan baik dan disertai data inventarisasi ruangan.
- b. Perencanaan program imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun yang sudah dilakukan meliputi menentukan jumlah sasaran (sudah ditetapkan oleh dinas kesehatan), menentukan target cakupan (Pengelola program menghitung target cakupan berdasarkan data yang sudah didapat oleh Dinas Kesehatan) dan perencanaan kebutuhan vaksin dan perencanaan alat suntik, *safety box* dan kebutuhan peralatan *cold chain* (Pengelola program imunisasi mengisi jumlah kebutuhan vaksin, alat suntik, *safety box* dan kebutuhan peralatan *cold chain* pada *software* yang sudah diberikan oleh Dinas Kesehatan). Permasalahan yang ditemukan dalam perencanaan adalah tingginya jumlah bayi yang ditentukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan tidak sesuai ataupun berselisih jauh dengan jumlah bayi yang sesungguhnya di wilayah tersebut.

- c. Pelaksanaan program imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun yang sudah dilakukan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi meliputi pelayanan, pengelolaan rantai vaksin, serta supervisi. Pelayanan yang dilakukan selama ini sudah sesuai standart namun belum dilakukan persiapan dan penggerakan masyarakat yang mutlak harus dilakukan seperti penyuluhan kepada orangtua bayi tentang imunisasi. Pengelolaan rantai vaksin yang dilakukan selama ini yaitu ketika akan dilakukan imunisasi, bidan atau perawat di puskesmas yang bertugas mengambil vaksin tersebut menggunakan termos kemudian membawanya ke posyandu setempat. Penanganan limbah dalam *safety box* diserahkan ke kesling namun belum ada berita acara penanganan limbah. Validasi pencatatan dan pelaporan yang belum optimal sehingga sering terjadi lost reporting dan pelaporan hasil imunisasi dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Malang tidak tepat waktu. Supervisi telah diberikan oleh kepala puskesmas selaku penanggung jawab program imunisasi kepada seluruh karyawan di Puskesmas Arjowinangun yang dilakukan setiap bulan melalui minilok puskesmas.
- d. Monitoring dan evaluasi program imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Arjowinangun sudah berjalan sesuai dengan ketentuan yang ada pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 12 tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. Kepala Puskesmas melakukan monitoring terhadap kegiatan imunisasi setiap satu bulan sekali dan sudah dilakukan evaluasi penyelenggaraan imunisasi melalui pertemuan berkala di Puskesmas Arjowinangun yang dihadiri oleh pihak internal puskesmas.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang diambil, maka saran yang dapat diberikan sebagai upaya perbaikan manajemen program imunisasi adalah sebagai berikut:

- a. Bagi Puskesmas Arjowinangun diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan petugas imunisasi dengan mengikutsertakan dalam pelatihan tentang imunisasi, mengadakan penyuluhan serentak di awal bulan terhadap orang tua

sasaran sebelum pelayanan posyandu, diharapkan bagi petugas imunisasi untuk membuat berita acara untuk penanganan limbah, memperhatikan kembali proses pencatatan dan pelaporan sehingga tidak terjadi lost reporting kembali dan ketepatan waktu pelaporan.

- b. Bagi Dinas Kesehatan diharapkan dapat meninjau pelaksanaan manajemen Puskesmas secara cermat, meningkatkan frekuensi supervisi dan bimbingan pada petugas kesehatan di Puskesmas khususnya mengenai pelaksanaan manajemen Puskesmas dalam program imunisasi.
- c. Bagi Peneliti lain, dikarenakan keterbatasan peneliti dalam melakukan penelitian, maka peneliti memberikan kesempatan bagi peneliti selanjutnya yang memiliki ketertarikan pada topik yang sama untuk meneliti faktor lain yang mempengaruhi cakupan UCI yang rendah seperti kepercayaan keluarga, mobilisasi penduduk.

DAFTAR PUSTAKA

- Anhar, V.Y & Fauzie, R. 2013. *Refreshing* Bidan Pelaksana Program Imunisasi sebagai Upaya Peningkatan Pencapaian Target *Universal Child of Immunization* (UCI) Desa/Kelurahan di Provinsi Kalimantan Selatan. *Jurnal publikasi kesehatan masyarakat indonesia*, 2 (1) April 2015.
- Ariebowo. 2005. Analisis Faktor-faktor Organisasi yang Berhubungan dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas di Kabupaten batang. *Tesis terpublikasi*. Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. Program Magister IKM Konsentrasi AKK.
- Arfiyanti, S.A. 2009. Faktor-faktor yang berhubungan dengan cakupan imunisasi campak di Kabupaten Tegal. *Skripsi Terpublikasi*. Program Sarjana IKM Universitas Negeri Semarang.
- Aziz, A. 2008. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Beratha, O., Wirakusuma, I. & Sudibya, A. 2013. Hubungan Karakteristik, Motivasi, dan Dana BOK dengan Kinerja Petugas KIA Puskesmas di Kabupaten Gianyar. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 1(1). laporan hasil penelitian.
- Bungin, B. 2011. *Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Dinas Kesehatan Kota Malang. 2013. *Data Kasus Difteri Tahun 2011-2013*. Tidak dipublikasikan. Malang: Dinas Kesehatan Kota Malang.
- Dinas Kesehatan Kota Malang. 2016. *Data Kasus Difteri Tahun 2014-2016*. Tidak dipublikasikan. Malang: Dinas Kesehatan Kota Malang.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2011. *Imunisasi*. [serial online] <http://dinkes.jatimprov.go.id/> (10 April 2017).
- Ditarahmaika, A. 2015. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi Dasar pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Arjowinangun kota malang. *Jurnal pendidikan kesehatan*, 4 (1) : 9-15.
- Finazis, R. 2014. Accuracy of Measles Immunization Records and Reporting in Maternal and Child Health Card and Cohort Book. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(2) Mei 2014: 184–195.
- Hamidi. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Malang: UMM Pres.

- Hartono. 2010. *Promosi Kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2011. *Pedoman Imunisasi di Indonesia*. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Juliawan, D.E., Prabandari, Y.S., Ninuk, T., Hartini, S. 2010. Evaluasi Program Pencegahan Gizi Buruk Melalui Promosi dan Pemantauan Pertumbuhan Anak Balita. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 26 (1) : 7–11.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 482/MENKES/SK/IV/2010 tentang Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child Immunization 2010-2014 (GAIN UCI 2010-2014)*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kristini, T.D. 2008. Faktor-faktor Risiko Kualitas Pengelolaan Vaksin Program Imunisasi yang Buruk di Unit Pelayanan Swasta (Studi kasus di Kota Semarang). <http://core.ac.uk/download/pdf/11707179.pdf> (sitasi pada tanggal 29 November 2017).
- Maksuk. 2011. *Pengelolaan Rantai Dingin Vaksin Tingkat Puskesmas di Kota Palembang Tahun 2011*. Karya Tulis Ilmiah. Politeknik Kesehatan Kemenkes Palembang.
- Marimbi, H. 2010. *Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar pada Balita*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- 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 (20 Maret 2017).
- Moleong. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moleong. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

- Muninjaya, A.A. 2011. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Muryani, M. 2013. Analisis Manajemen Pelaksanaan Imunisasi oleh Bidan Desa Kaitannya dengan Pencapaian Universal Child Immunization (UCI) di Kabupaten Batang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, FKM UNDIP*. Semarang.
- Mu'rifah. 2012. Analisis Kinerja Pelayanan pada Puskesmas Batua Makassar. *Jurnal MKMI*, 2 (5).
- Ningrum, EP. 2008. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi di Puskesmas Banyudono Kabupaten Boyolali. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1 (1) : 7-12.
- Ningtyas, D.W & Wibowo, A. 2015. The Influence of Quality of Measles Vaccine to The Incidence of Measles in Pasuruan Regency. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(3) September 2015: 315–326.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Pracoyo, N.E, Jekti, R.P., Puspandari, N., W., D.B. 2013. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Pengelola Vaksin dengan Skor Pengelolaan Vaksin di Daerah Kasus Difteri di Jawa Timur. *Media Litbangkes*, 23(3) : 102–109.
- Proverawati, A. 2010. *Imunisasi dan Vaksinasi*. Yogyakarta: Nuha Offset.
- Puskesmas Arjowinangun. 2015. *Data Kasus PD3I Tahun 2013-2015*. Tidak dipublikasikan. Malang: Puskesmas Arjowinangun Kota Malang.
- Rachman, E., Handayani, A., Sartikasari. 2017. Evaluasi perencanaan program imunisasi campak di Puskesmas Ibrahim Adjie Kota Bandung Tahun 2017. *Skripsi*. Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKes Dharma Husada Bandung.
- Rahmawati, S.P. 2007. Analisis Faktor Sumber Daya Manusia yang Berhubungan dengan Hasil Kegiatan Imunisasi Dasar Bayi oleh Petugas Imunisasi Puskesmas di Kabupaten Blora Tahun 2006. *Tesis Terpublikasi*. Program

Pascasarjana Universitas Diponegoro. Program Magister IKM Konsentrasi KIA.

Ramsar, U., Darmawansyah., Nurhayani. 2012. Penerapan Fungsi Manajemen di Puskesmas Minasa Upa kota Makassar Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Hasanuddin*. Makassar.

Ranuh, I.G.N. 2011. *Pedoman Imunisasi di Indonesia*. Jakarta : Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.

Riset Kesehatan Dasar. 2011. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.

Riset Kesehatan Dasar. 2015. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan.

Rismayani, M., Junaid., Afa, J.R. 2014. *Studi tentang Penerapan Fungsi Manajemen Puskesmas terhadap Pencapaian Universal Child Immunization (UCI) di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas Kota Kendari*. *Jurnal administrasi kesehatan Indonesia*, 1 (3) : 234 - 243.

Siriyei, I & Wulandari, R.D . 2013. Determinants Factor of Low Coverage in Health Serctor Minimum Service Standards Achievement of Mojo Primary Health Care Surabaya. *Jurnal administrasi kesehatan Indonesia*, 1 (3) : 244 – 251.

Sugiyono. 2010. *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.

Susyanty, A.L., Supardi, S., Herman, M.J., Lestary, H. 2014. Kondisi Sumber Daya Tenaga Pengelola Vaksin di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(3), hal. 285–296.

Tarigan I. 2009. Kualitas imunisasi data rutin berdasarkan metode data quality self assessment (DQS). *Jurnal. Media Litbang Kesehatan*. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/view/883> (sitasi 24 november 2017).

Tiani, I., Bakhtiar., Usman, S. 2016. Peran Petugas Imunisasi dalam Pemberian Vaksinasi Pentavalen. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4(1).

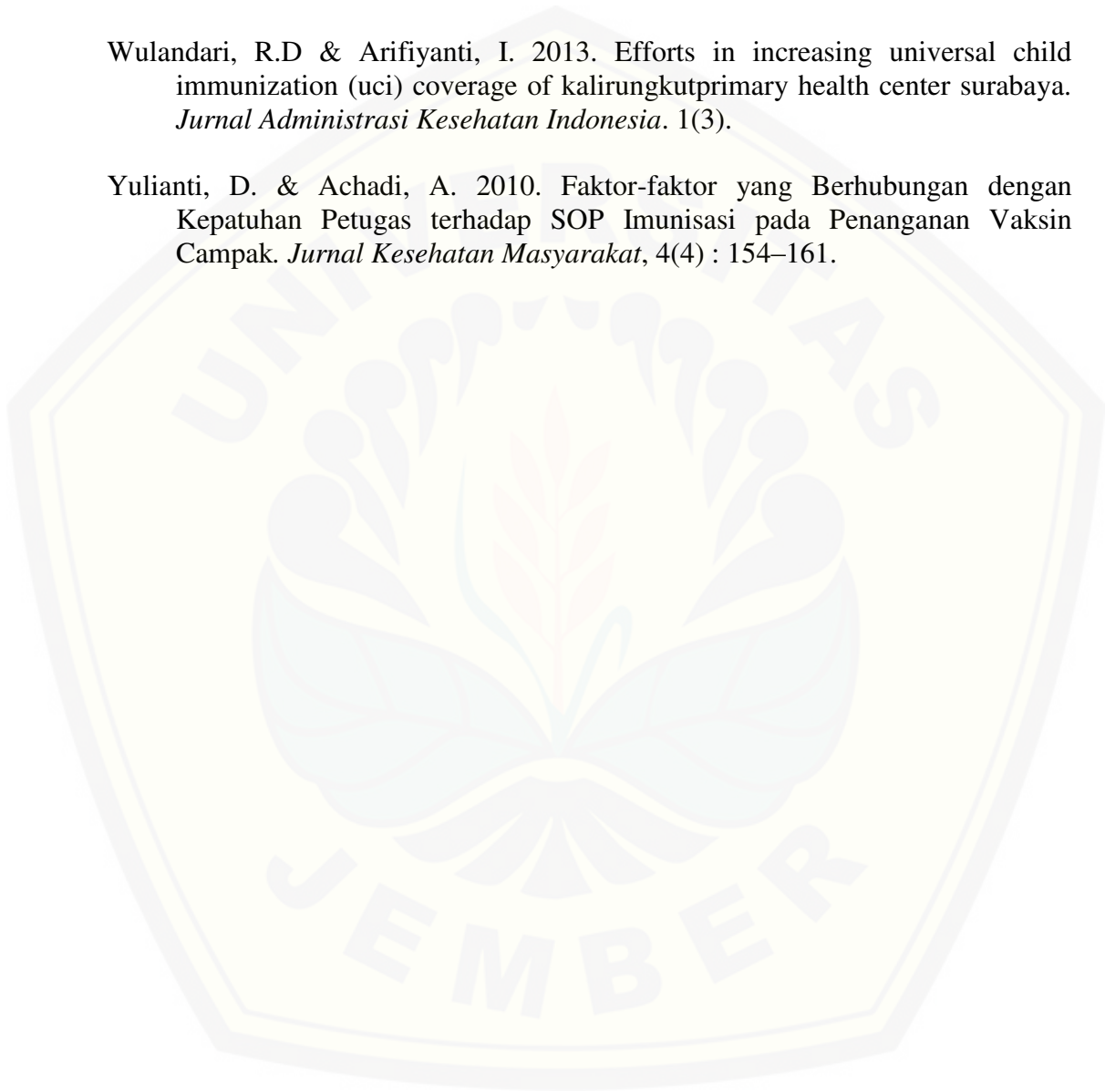
Vidia, A.N. 2013. Faktor–faktor yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di desa truko kecamatan kangkung kabupaten.

Tesis. Peminatan epidemiologi program studi S1 kesehatan masyarakat fakultas kesehatan universitas dian nuswantoro semarang.

Wati, S.F & Chatarina, U.W. 2014. Perbedaan faktor perilaku bidan desa uci (*universal child immunization*) dan non uci. *Jurnal berkala epidemiologi*, 2 (1) : 130 – 140.

Wulandari, R.D & Arifiyanti, I. 2013. Efforts in increasing universal child immunization (uci) coverage of kalirungkutprimary health center surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 1(3).

Yulianti, D. & Achadi, A. 2010. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas terhadap SOP Imunisasi pada Penanganan Vaksin Campak. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(4) : 154–161.



Lampiran A. Pengantar Panduan Wawancara

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM PASCASARJANA
Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 323567, 339322 Fax
(0331) 339322 Jember 68121

**Judul : Analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas
kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota
Malang**

Dengan hormat,

Dalam rangka untuk penulisan tesis yang merupakan tugas akhir dalam memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (S2) dan mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat, maka peneliti mohon kesediaan anda untuk mengisi panduan wawancara ini.

Panduan wawancara penelitian ini bertujuan untuk mengkaji manajemen pelaksanaan program imunisasi di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang. 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.

Malang, September 2017

Peneliti

Wiqodatul Ummah

NIM 152520102049

Lampiran B. Lembar Persetujuan**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM PASCASARJANA**

Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 323567, 339322 Fax
(0331) 339322 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 : Wiqodatul Ummah

NIM : 152520102049

Judul : Analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota Malang

Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan resiko atau dampak apapun pada subjek penelitian/informan, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah sertakerahasiaan 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.

Malang, September 2017

Informan,

(.....)

Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Kunci

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM PASCASARJANA
Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 323567, 339322 Fax
(0331) 339322 Jember 68121

**Judul : Analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas
kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota
Malang**

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. Input

1. Apakah petugas imunisasi yang bertugas dalam program imunisasi selama 3 tahun terakhir mendapatkan pelatihan sesuai dengan pedoman penyelenggaraan imunisasi?
Jika pernah, pelatihan apa saja yang pernah diikuti?
2. Bagaimana ketersediaan tenaga petugas imunisasi di Puskesmas Arjowinangun?
Apakah tenaga pelaksana imunisasi memiliki kualifikasi sesuai standar yaitu bidan atau perawat ?

Apakah tenaga pelaksana *cold chain* sudah sesuai dengan standar yaitu berpendidikan minimal SLTA ?

3. Dari manakah sumber pendanaan untuk pelaksanaan kegiatan imunisasi ini ?
4. Bagaimana sarana dan prasarana (meliputi pedoman pelaksanaan, form pelaporan, lemari es, *freezer*, *vaccine carrier*, termos, *cold box*) untuk program imunisasi di wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun ? Apakah sudah ada, lengkap dan berfungsi dengan baik ?

B. Perencanaan

1. Dalam penyelenggaraan program imunisasi, apakah Anda melakukan kegiatan perencanaan terlebih dahulu?
2. Jika membuat perencanaan, perencanaan apa saja yang dibuat?
3. Perencanaan yang sudah dibuat selama ini apakah sudah optimal?
3. Jika tidak, apa alasan sehingga tidak membuat perencanaan?
4. Dalam penyusunan perencanaan, siapa saja yang terlibat?
5. Bagaimana persiapan kegiatan perencanaan itu ?
6. Apakah ada hambatan dalam penyusunan perencanaan program imunisasi?

C. Pelaksanaan

7. Kerjasama dengan lintas sektor apa saja yang telah Anda lakukan untuk mendukung keberhasilan program imunisasi?
8. Bagaimana bentuk supervisi yang selama ini Anda lakukan pada setiap kegiatan imunisasi?

D. Monitoring dan Evaluasi

9. Seperti apa bentuk monitoring yang dilakukan dalam program imunisasi?
10. Kapan pengawasan terhadap program imunisasi itu dilakukan?
11. Apakah Anda juga melakukan evaluasi terhadap program imunisasi yang telah diselenggarakan?
12. Untuk apa Anda melakukan evaluasi terhadap program imunisasi?
13. Dalam bentuk apakah evaluasi yang dilakukan di Puskesmas Arjowinangun?

14. Apakah ada jadwal rutin untuk evaluasi?

15. Siapa saja yang terlibat dalam evaluasi?



Lampiran D. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM PASCASARJANA**

Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 323567, 339322 Fax
(0331) 339322 Jember 68121

**Judul : Analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas
kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota
Malang**

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

Pendidikan terakhir :

Jabatan :

Masa kerja :

Wawancara mendalam dengan informan utama:

A. Input**1. Pengetahuan**

- a. Apa yang Anda ketahui tentang program *Universal Child Immunization*?
- b. Apa tujuan dari adanya program *Universal Child Immunization* ini?
- c. Siapa saja sasaran program *Universal Child Immunization*?

- d. Indikator apakah yang menyatakan program UCI itu dikatakan berhasil disuatu wilayah?
2. Pelatihan
 - a. Apakah selama 3 tahun terakhir Anda mengikuti pelatihan?
 - b. Materi apa saja yang diberikan saat itu?
 - c. Apakah ada sertifikat atau hal lain yang menunjukkan kepesertaan dalam pelatihan tersebut?
3. Menurut Anda, apakah tenaga imunisasi yang ada di wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun kualifikasinya sudah sesuai dengan standar ?
4. Dana
 - a. Dari manakah sumber pembiayaan kegiatan imunisasi yang selama ini berjalan ?
5. Bagaimana sarana dan prasarana (meliputi pedoman pelaksanaan, form pelaporan, lemari es, *freezer*, *vaccine carrier*, termos, *cold box*) untuk program imunisasi di wilayah kerja Puskesmas Arjowinangun ? Apakah sudah ada, lengkap dan berfungsi dengan baik ?

B. Perencanaan

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

11. Apakah Anda membuat perencanaan kebutuhan jumlah alat suntik?
12. Apakah Anda membuat perencanaan kebutuhan jumlah *safety box*?
13. Apakah Anda membuat perencanaan kebutuhan peralatan *cold chain*?

C. Pelaksanaan

1. Pelayanan

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

2. Pengelolaan Rantai Vaksin

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

3. Penanganan Limbah

25. Bagaimana Anda melakukan penanganan limbah selama ini?

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

5. Pencatatan dan Pelaporan

28. Pada saat posyandu, bagaimana cara Anda mengisi hasil imunisasi yang telah dilakukan di buku KIA ?
29. Bagaimana proses Anda membuat pencatatan hasil imunisasi selama ini serta bagaimana proses pengumpulannya secara rutin ke puskesmas?
30. Meliputi apa saja pencatatan tersebut?
31. Pada tanggal berapakah Anda melakukan pelaporan ke puskesmas?

6. Supervisi dan Bimbingan Teknis

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

D. Monitoring dan Evaluasi

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

Lampiran E. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM PASCASARJANA
Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 323567, 339322 Fax
(0331) 339322 Jember 68121

**Judul : Analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas
kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota
Malang**

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 tambahan:

1. Apakah sebelum memberikan pelayanan imunisasi, diadakan penyuluhan terhadap ibu dari bayi sasaran?
2. Apakah hambatan yang ditemukan dalam pelaksanaan imunisasi di Posyandu ?
3. Pada saat posyandu, apakah petugas mengisi hasil imunisasi yang telah dilakukan di buku KIA dan buku kohort ?
4. Adakah kegiatan supervisi yang rutin dilakukan oleh kepala puskesmas ke lapangan?
5. Apakah Anda mengikuti pertemuan rutin di Puskesmas?
6. Kapan dan apa saja yang dibahas dalam pertemuan tersebut ?

Lampiran F. Lembar Observasi Check List Dokumen



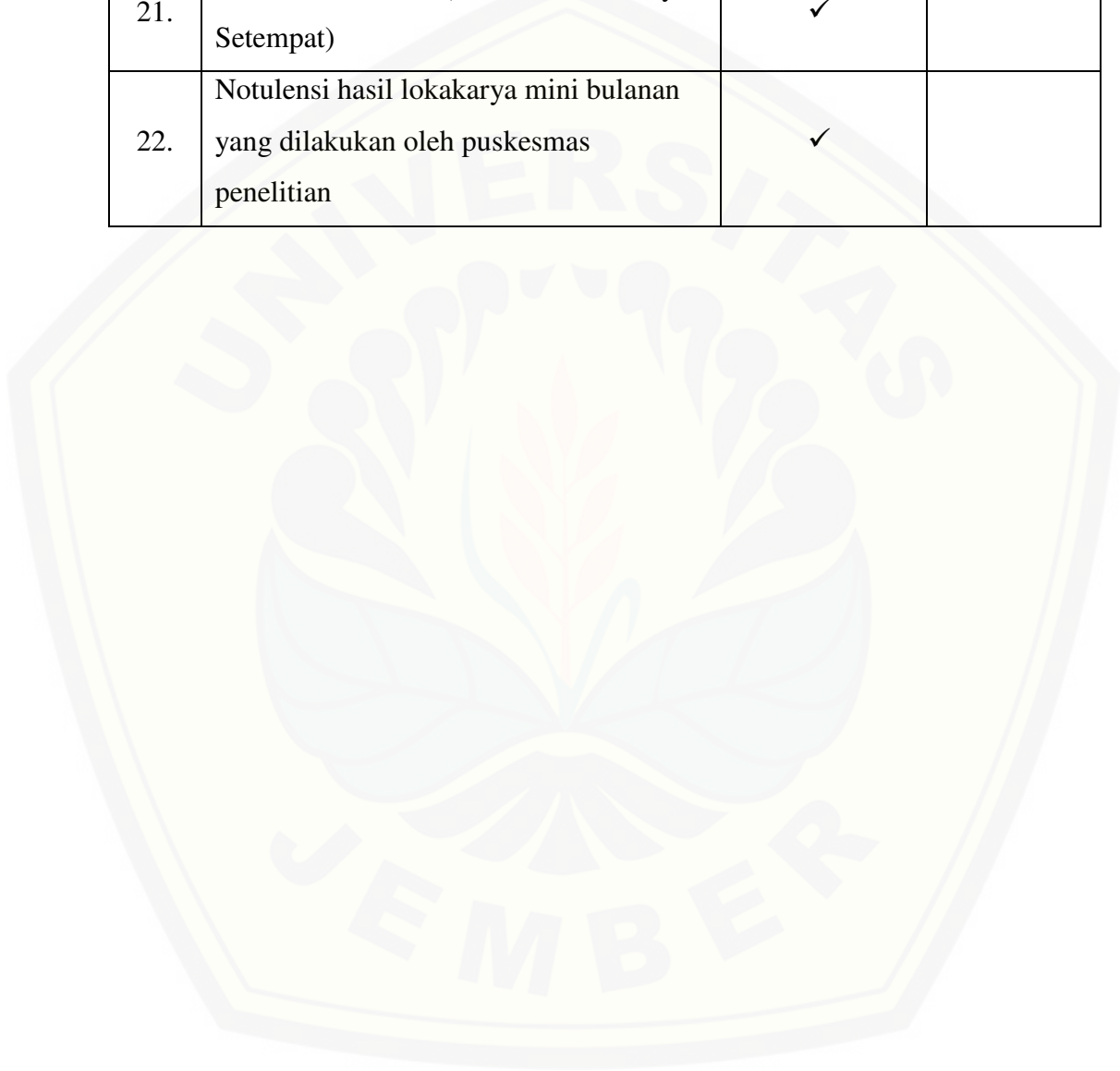
**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM PASCASARJANA**

Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 323567, 339322 Fax
(0331) 339322 Jember 68121

**Judul : Analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas
kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota
Malang**

No	Hal yang di Observasi	Ketersediaan Dokumen	
		Ada	Tidak
1.	Pedoman pelaksanaan	✓	
2.	Form pelaporan	✓	
3.	Lemari es	✓	
4.	<i>Freezer</i>	✓	
5.	<i>Vaccine carrier</i>	✓	
6.	Termos	✓	
7.	<i>Cold box</i>	✓	
8.	Dokumen Jumlah Sasaran	✓	
9.	Data cakupan imunisasi	✓	
10.	Data jumlah peralatan imunisasi	✓	
11.	Jadwal pemberian imunisasi di Puskesmas	✓	
12.	Jadwal Posyandu	✓	
13.	Berita Acara Penanganan Limbah		✓
14.	Sertifikat pelatihan atau modul materi program imunisasi		✓
15.	Pencatatan imunisasi rutin batita	✓	
16.	Buku pencatatan stok vaksin	✓	
17.	Laporan cakupan imunisasi	✓	
18.	Laporan pemakaian vaksin	✓	

19.	Laporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)	✓	
20.	Notulensi hasil kegiatan supervisi yang dilakukan puskesmas	✓	
21.	Hasil analisa PWS (Pemantauan Wilayah Setempat)	✓	
22.	Notulensi hasil lokakarya mini bulanan yang dilakukan oleh puskesmas penelitian	✓	



Lampiran G. Lembar Observasi Implementasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM PASCASARJANA

Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 323567, 339322 Fax
(0331) 339322 Jember 68121

**Judul : Analisis manajemen pelaksanaan imunisasi oleh puskesmas
kaitannya dengan pencapaian UCI di Puskesmas Arjowinangun Kota
Malang**

No	Hal yang di Observasi	Dilaksanakan	
		Ya	Tidak
1.	Pemberian penyuluhan sebelum pelaksanaan imunisasi dilakukan		✓
2.	Menyediakan <i>safety box</i> pada saat pelayanan	✓	
3.	Melakukan pemusnahan jarum suntik setelah pelayanan	✓	
4.	Vaksin disimpan dalam <i>Vaccine carrier</i> pada saat pelayanan	✓	
5.	Menyediakan <i>Cool pack</i> di dalam	✓	
6.	Pencatatan keluar masuknya vaksin dalam buku pencatatan stok vaksin	✓	

