

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Imunisasi

1. Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukan 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 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 terpapar pada penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit. Kekebalan yang diperoleh dari imunisasi ini dapat berupa kekebalan pasif ataupun adiktif (IDAI, 2011)

2. Tujuan Imunisasi

Untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu

- a. Mencegah terjadinya pernyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu.

- b. Untuk melindungi dan mencegah penyakit-penyakit menular yang sangat berbahaya bagi bayi dan anak.
- c. Agar anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga menurunkan mobilitas dan mortalitas.
- d. Mengurangi kecacatan akibat penyakit tertentu.
- e. Untuk mendapatkan eradikasi suatu penyakit dari suatu daerah.

3. Macam-macam Imunisasi

Imunisasi atau kekebalan berdasarkan asal-muasal dibagi dalam dua hal, yaitu aktif dan pasif. Aktif adalah apabila tubuh anak ikut menyelenggarakan terbentuknya imunitas, sedangkan pasif adalah apabila tubuh anak tidak bekerja untuk kekebalan, tetapi hanya menerima saja.

Maka berdasarkan hal tersebut, maka imunisasi dibagi menjadi dua macam yaitu aktif dan pasif.

a. Imunisasi Aktif

Imunisasi aktif adalah pemberian kuman atau racun kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan dengan tujuan untuk merangsang tubuh memproduksi antibody sendiri. Contohnya: imunisasi polio atau campak. Imunisasi aktif diberikan untuk pencegahan penyakit yang dilakukan dengan memberikan vaksin terhadap beberapa penyakit infeksi. Imunisasi aktif ini dilakukan dengan vaksin yang mengandung:

- 1) kuman mati (misalnya: vasksin cholera-typhoid/thypus abdominalis- paratyphus ABC, Vaksin pertussis batuk rejan).

2) Kuman-kuman hidup diperlemah (misalnya: vaksin BCG terhadap tuberculosis).

3) Virus-virus hidup yang diperlemah (misalnya: bibit cacar, vaksin poliomyelitis).

4) Toxoid (toksin: racun dari kuman yang dinetralkan: toxoid difteri, Toxoid tetanus).

Vaksin diberikan dengan cara disuntikan atau per oral/ melalui mulut. Pemberian vaksin menyebabkan tubuh membuat zat-zat terhadap penyakit bersangkutan dan oleh sebab itu menjadi imun (kebal) terhadap penyakit tersebut. Pemberian vaksin dengan cara menyuntikan kuman atau antigen murni akan menyebabkan benar-benar menjadi sakit. Oleh karena itu dibutuhkan dalam bentuk vaksin, yaitu yang telah dilemahkan. Pemberian vaksin akan merangsang tubuh menjadi antibodi.

Pemerintah mewajibkan lima jenis imunisasi aktif pada anak dibawah lima tahun yaitu:

- 1) BCG (Bacillus Calmette-Guerin)
- 2) DPT (Difteri, pertussis, tetanus)
- 3) Polio
- 4) Campak
- 5) Hepatitis B

b. Imunisasi Pasif

Imunisasi pasif adalah zat antibodi yang didapatkan dari luar tubuh, misalnya dengan suntikan bahan atau serum yang mengandung zat antibodi yang didapatkan dari ibunya selama

dalam kandungan. Kekebalan yang diperoleh dengan imunisasi pasif tidak bertahan lama, imunisasi pasif terdiri dari dua macam yaitu:

1) Imunisasi pasif bawaan

Imunisasi pasif bawaan merupakan imunisasi dimana zat antibody diambil dari ibunya.

2) Imunisasi pasif dari luar tubuh

Imunisasi pasif didapat merupakan imunisasi pasif dimana zat antibodinya didapat dari luar tubuh, misalnya dengan suntik bahan atau serum yang mengandung zat antibody (Maryunani, 2010).

4. Jenis-jenis Imunisasi

Pemerintah mewajibkan 5 jenis imunisasi. Imunisasi dasar PPI (Program Pengembangan Imunisasi). Diantaranya;

- a. Imunisasi BC
- b. Imunisasi Hepatitis B
- c. Imunisasi Campak
- d. Imunisasi Polio
- e. Imunisasi DPT

Tabel 1.1 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

5. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi

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

- a. Diphteri
- b. Pertusis
- c. Tetanus
- d. Tuberkulosis
- e. Campak
- f. Poliomytis
- g. Hepatitis B

B. Manajemen Program Penyelenggaraan 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 antar berbagai pihak. Pengembangan Program Imunisasi (PPI) atau expanded Program on Immunization (EPI) merupakan program pemerintah di bidang 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 disetiap Desa/Kelurahan. Pencapaian UCI dilakukan dengan berbagai kegiatan (Permenkes No 12 Tahun 2017).

1. Perencanaan (P1) Program Imunisasi

Perencanaan merupakan bagian yang sangat penting dalam pengelolaan program imunisasi. Dengan dilaksanakannya perencanaan yang baik, kegiatan pelayanan imunisasi ini juga akan berjalan dengan baik pula. Pada dasarnya dalam menghitung kebutuhan pelayanan imunisasi harus berasal dari unit puskesmas untuk menghindari adanya kelebihan, kekurangan maupun tidak sesuai dengan situasi lapangan. Perencanaan yang dilakukan oleh Bidan desa maupun pemegang program imunisasi meliputi (Permenkes No 12 Tahun 2017):

a. Menentukan Jumlah sasaran

Menentukan jumlah sasaran dalam satu tahun yang akan dilayani di wilayah masing-masing. Sumber data didapat dari bermacam-macam sumber, namun untuk keperluan pembinaan diambil kebijaksanaan untuk menggunakan dari sumber resmi yaitu:

- 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 BPS juga melakukan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) pada pertengahan periode 10 tahun tersebut. Untuk angka jumlah penduduk dari tahun-tahun lainnya, BPS membuat proyeksi baik dari hasil sensus maupun SUPAS.

2) Unit Kecil dari hasil sensus adalah Desa, dan hasil dari angka ini menjadi pegangan bagi semua wilayah administratif untuk melakukan proyeksi. Karena unit terkecil pengambilan sampel dari SUPAS adalah Provinsi, maka ketepatan hasil maupun hasil proyeksinya pun hanya sampai tingkat Provinsi. Untuk selanjutnya pengolah program imunisasi akan melakukan proyeksi sendiri

b. Menentukan Target Cakupan

Menentukan target cakupan adalah menetapkan berapa besar cakupan imunisasi yang dicapai pada tahun yang direncanakan tersebut serta dapat digunakan untuk mengetahui berapa jumlah kebutuhan vaksin yang sebenarnya agar cakupan UCI Desa/Kelurahan dapat dicapai dan dipertahankan maka harus dilakukan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Membuat grafik pemantauan 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 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 tahun sebelumnya.

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

Perencanaan kebutuhan alat suntik dan safety box tidak dapat dipisahkan dengan perencanaan kebutuhan vaksin. Pada setiap pelayanan penting 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 alat suntik berdasarkan 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 relative lama serta penggunaannya harus dilengkapi dengan cold pack minimal sebanyak 4 buah dengan masing-masing 0,1 liter.

2. Pelaksanaan dan Pergerakan (P2) Program Imunisasi

Keberhasilan program imunisasi sangat ditentukan oleh kualitas penyelenggaraan pelayanan imunisasi oleh petugas imunisasi. Pelaksana dalam manajemen program imunisasi bidan desa meliputi kegiatan-kegiatan (Permenkes, 2017).

a. Pelaksanaan dan Pergerakan imunisasi :

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 bayi terlatih, petugas KB dan bidan di desa. Sumber data juga bisa diperoleh dikelurahan, forum registrasi bayi/ibu hamil dan PKK. Persiapan vaksin dan perlatann rantai vaksin : sebelum melaksanakan pelayanan imunisasi dilapangan 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 ataupun ampul. Selain itu juga harus mempersiapkan peralatan rantai vaksin yang akan dipergunakan dilapangan seperti vaccine carrier atau cool pack.

2) Persiapan masyarakat

Untuk mensukseskan pelayanan imunisasi, persiapan dan pergerakan 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 termasuk dalam imunisasi rutin yaitu B, BCG, Polio, DPT serta Campak. Dengan cara membuat jadwal imunisasi rutin maka pemberian imunisasi tambahan semakin kecil. Pelayanan imunisasi rutin di posyandu diatur dengan mengikuti sistem pelayanan 5 meja. Apabila pengunjung datang dapat diberikan penyuluhan kelompok sebelum pelayanan dimulai dan dilakukan pendataan sasaran. 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 dirumah. Setelah selesai dilakukan pelayanan di Posyandu dan kunjungan rumah hasil cakupan imunisasi serta masalah yang ditemukan dilapangan didiskusikan dengan kader. Demikian pula sebelum pulang, petugas melaporkan hasil kegiatan serta masalah yang ditemukan dilapangan kepada kepala desa atau pamong. Sesampainya di Puskesmas, hasil kegiatan lapangan pada hari itu direkap di buku biri (catatan imunisasi puskesmas). Pelayanan imunisasi tambahan hanya dapat dilakukan dengan dasar ditemukannya suatu masalah dari hasil pemantauan ataupun evaluasi. Meskipun beberapa diantaranya memiliki langkah 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 sektoral 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 :

- a) Kerjasama imunisasi dengan Departemen Agama
- b) Kerjasama imunisasi dengan dengan Departemen Dalam Negeri
- c) Kerjasama imunisasi dengan Departemen Pendidikan Nasional
- d) Kerjasama dengan Departemen (IDI, IDAI, IBI, PPNI, dll)
- e) Bentuk lain dari koordinasi lintas sektoral adalah peran bantu PKK dan LSM
- f) Badan internasional seperti WHO, UNICEF, USAID

b. Pengelolaan Rantai Vaksin

1) Sensitive Vaksin Terhadap Suhu

Untuk memudahkan pengelolaan, vaksin dibedakan dalam 2 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 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 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 (Catch Up Campaign Campak) dan vaksin tersebut telah lolos uji dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

b) Penyimpanan Vaksin

Setiap unit dianjurkan untuk menyimpan vaksin tidak lebih dari stok maksimal, untuk menghindari terjadinya penumpukan vaksin. Bila frekuensi distribusi vaksin ke Provinsi 1 kali setiap 3 bulan, maka stok maksimal vaksin di Provinsi adalah vaksin untuk 4 bulan. Bila frekuensi pengambilan vaksin ke Provinsi 1 kali per bulan maka stok minimal di Kota adalah 1 bulan dan stok maksimal adalah 3 bulan, dan bila frekuensi pengambilan vaksin ke

Kota 1 kali perbulan maka stok maksimal di Puskesmas 1 bulan 1 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 lainya 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, susunanya 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 yang bertujuan 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 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/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/chain box, vaccine carrier, thermos, cold/chain 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 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 di lapangan 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 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 penyuktikan dalam program imunisasi serta pembuangan alat suntik bekas pakai sebagian tidak aman, sampah benda-benda tajam dapat menimbulkan masalah kesehatan lingkungan dan lingkungan yang serius. Pembuangan limbah sampah yang tidak aman bisa menyebarkan beberapa penyakit. Membiarkan limbah jarum bekas

yang 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 Pelatih 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 *Chold Chain*

Kualifikasi : tenaga berpendidikan minimal SMA atau SMK yang telah mengikuti pelatihan chold 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 lainnya 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

Pelatihan Teknis : kegiatan imunisasi hanya dapat dilaksanakan oleh petugas imunisasi yang mempunyai latar belakang pendidikan medis atau keperawatan atau petugas lain yang kompeten. Untuk meningkatkan pengetahuan 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 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 manajerial 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

a) Pencatatan Tingkat Desa

(1) Sasaran imunisasi adalah pencatatan bayi serta ibu hamil untuk persiapan pelayanan imunisasi, petugas mengkompilasikan data-data tersebut ke dalam buku pencatatan hasil imunisasi bayi dan ibu.

(2) Hasil cakupan imunisasi adalah pencatatan hasil imunisasi bayi (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dibuat oleh petugas imunisasi dibuku kuning, satu buku biasanya untuk satu desa. Untuk masing-masing bayi, imunisasi yang diberikan pada saat itu di posyandu dicatat di KMS.

b) Pencatatan Tingkat Puskesmas

(1) Hasil kegiatan di lapangan (buku kuning dan merah) ditambah laporan dari Puskesmas (buku biru). Hasil kegiatan imunisasi di komponen statik dicatat untuk sementara di buku bantu, pada akhir bulan

direkap ke buku kuning atau merah sesuai dengan desa asal sasaran. Pencatatan ini dilakukan oleh pelaksana imunisasi yaitu bidan desa.

2) Pelaporan

Pelaporan dilakukan oleh setiap unit yang melakukan kegiatan imunisasi, mulai dari Puskesmas Pembantu, Puskesmas, Rumah Sakit Umum dan 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 meliputi :

a) Lengkap

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

b) Tepat waktu

Artinya laporan seharusnya diserahkan ke Kabupaten/Kota paling lambat tanggal 5 pada bulan berikutnya dengan tepat waktu.

c) Akurat

Sebelum mengirim pelaporan, lakukan pemeriksaan ulang terhadap semua data yang dilaporkan. Pastikan bahwa data yang dilaporkan sesuai dengan data sasaran

dan jumlah hasil imunisasi berdasarkan pencatatan di tempat pelayanan.

Adapun yang dilaporkan adalah : 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 dan 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 cakupan PD3I menurut waktu dan tempat
- 3) Ketenangan
- 4) Peralatan imunisasi, vaksin dan *chold chain*
- 5) Pencatatan dan pelaporan
- 6) Hasil kerjasama lintas program dan sectoral
- 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 serta kerjasama lintas sektoral.

Pimpinan Puskesmas dapat mengadakan supervisi intern atau pembinaan internal kepada petugas imunisasi dengan menggunakan hasil analisis supervisi *check list*. Karena jawaban supervisi ini telah dikuantifikasi, maka hasil supervisi yang menyangkut mutu dapat dibandingkan dengan hasil supervisi ditingkat administrasi yang setara. Rekap hasil supervisi ini selain dilaporkan dalam bentuk grafik untuk dianalisa kemudian dilakukan umpan balik. Dianjurkan kegiatan 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.

3. Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (P3)

Kegiatan monitoring dan evaluasi ditunjukan program yang sedang atau sudah berlangsung. Monitoring sendiri merupakan

aktivitas yang dilakukan pimpinan untuk melihat, memantau jalanya organisasi selama kegiatan berlangsung dan menilai ketercapaian tujuan, melihat faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program. Dalam monitoring dikumpulkan data kemudian dianalisa, hasil analisis tersebut dipresentasikan dan dimaknakan sebagai masukan bagi pimpinan untuk melakukan 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 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 telah ditetapkan. Alat pemantauan yang dimiliki program pelaksanaan imunisasi adalah Pemantauan Wilayah (PWS). PWS ini berfungsi untuk meningkatkan cakupan imunisasi, dan lebih bersifat memantau kuantitas dari suatu program. Indonesia pertama kalinya memakai di tahun 1985 dan ini dikenal dengan

nama Local Area Monitoring (LAM). LAM sudah terbukti efektif dan kemudian diakui oleh WHO untuk diperkenalkan kenegara-negara lain. Grafik Local Area monitoring (LAM) kemudian disempurnakan menjadi pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Adapun prinsip 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 PWS untuk masing-masing antigen : DPT-1 jangkauan atau aksebilitas pelayanan, Hepatitis B1 kurang dari 7 hari : jangkauan aksebilitas pelayanan, Campak : tingkat perlindungan (efektifitas program), polio4 : tingkat perlindungan (efektifitas program), Polio4 : tingkat perlindungan (efektifitas suatu program) Drop out DPT-1 → Campak : efesiensi 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 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 Wilayah Setempat (PWS) pada pertemuan teknis. Pada pertemuan teknis lokakarya mini di tingkat Puskesmas tiap bulan, 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. 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 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 imunisasi, indikasi adanya masalah dan acuan untuk memperbaiki kebijakan atau 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 diatasnya 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 hasilnya 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 pertahun

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

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 keberhasilan 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 data diketahui potensi serta keamanan dari sebuah vaksin. Dengan tujuan tambahan mengetahui kualitas cold chain atau pengelola vaksin.

C. Konsep Puskesmas

1. 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 promosi dan 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. Berdasarkan pelayanan yang diberikan Puskesmas dibagi menjadi empat yaitu, yaitu Puskesmas dengan

rawat jalan, Puskesmas dengan rawat inap yang memberikan pelayanan 24 jam, Puskesmas rawat inap PONEB yang memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar.

Dasar Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONEB) dan Puskesmas rawat inap PLUS yang mempunyai minimal 1 orang dokter spesialis dengan kunjungan periodek maupun pelayanan tetap ke Puskesmas (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 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/Kota. Pelaksanaan imunisasi di Puskesmas merupakan

unsur yang sangat penting, karena pelaksanaan Puskesmas mempunyai tanggungjawab besar dalam keberhasilan program imunisasi yaitu tercapainya UCI (Universal Child Immunization) (Hartono, 2010).

2. Prinsip Penyelenggaraan, Tujuan dan Fungsi Puskesmas

a. Prinsip penyelenggaraan

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

1) Paradigma sehat

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

2) Pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

3) Kemandirian masyarakat

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

4) Pemerataan

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

5) Teknologi tepat guna

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

6) Keterpaduan dan kesinambungan

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

b. 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 yang setinggi-tingginya dan rangka mewujudkan Indonesia Sehat (Kepmenkes, 2004).

c. Fungsi Puskesmas

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

1) 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 diwilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan Puskesmas yaitu mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

2) Pusat Pemberdayaan Masyarakat Puskesmas

selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga 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 pembiayaan, 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.

3) 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 : a) 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.

b) 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.

3. 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 :

a. 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):

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

b. 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.

- 1) Upaya Kesehatan Sekolah
- 2) Upaya Kesehatan Olahraga

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

4. Manajemen Puskesmas

Manajemen adalah ilmu terapan yang disesuaikan dengan lingkup fungsi organisasi, bentuk kerja sama manusia yang ada di dalam organisasi tersebut, dan ruang lingkup masalah yang dihadapi. Di bidang kesehatan, manajemen diterapkan untuk mengatur perilaku staf yang bekerja di dalam organisasi (institusi pelayanan) kesehatan untuk menjaga dan mengatasi gangguan kesehatan pada individu atau kelompok masyarakat secara efektif, efisien dan produktif (Muninjaya, 2011).

Manajemen Puskesmas terdiri dari P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan dan pelaksanaan) dan P3 (Pengawasan, Pengendalian dan penilaian).

a. Perencanaan (P1) Puskesmas

Perencanaan adalah proses penyusunan rencana tahunan Puskesmas untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Rencana tahunan Puskesmas dibedakan atas dua macam. Pertama, rencana tahunan upaya kesehatan.

1) Perencanaan upaya kesehatan wajib

Jenis upaya kesehatan wajib adalah sama untuk setiap puskesmas, yakni promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta pengobatan. Langkah-langkah perencanaan yang harus dilakukan Puskesmas adalah:

a) 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.

b) 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.

c) 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)

2) Perencanaan upaya kesehatan pengembangan

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

a) Identifikasi upaya kesehatan pengembangan

Langkah pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi upaya kesehatan pengembangan yang akan diselenggarakan oleh Puskesmas. Identifikasi ini 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

b. Pelaksanaan dan Pergerakan (P)

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

1) Pengorganisasian

Untuk melaksanakan rencana kegiatan perlu 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:

a) Penggalangan kerjasama bentuk dua pihak yakni antara dua sektor yang terkait, misalnya antara Puskesmas dengan sektor tenaga kerja pada waktu menyelenggarakan upaya kesehatan kerja.

b) 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.

2) 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 :

- a) 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.
- b) 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.
- c) Menyelenggarakan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Pada waktu menyelenggarakan kegiatan Puskesmas harus diperhatikan hal-hal: Azaz penyelenggaraan Puskesmas yang meliputi penyelenggaraan kegiatan Puskesmas harus menerapkan keempat azaz pertanggungjawaban wilayah, azaz pemberdayaan masyarakat, azaz

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 ingin dicapai oleh sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya serta sektor lain terkait yang ada di wilayah kerja Puskesmas. Telaahan triwulan ini dilakukan dalam Lokakarya Mini Triwulan Puskesmas secara lintas sektor.

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 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.

D. Pendekatan Sistem

5. 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.

6. Sistem Dalam Penyelenggara Program Imunisasi

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

a. Masukan (Input)

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

b. Proses (Process)

Proses adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan. Bagian atau elemen tersebut adalah 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.

c. 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.

d. Umpan balik (feed back)

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

e. Dampak (Impact)

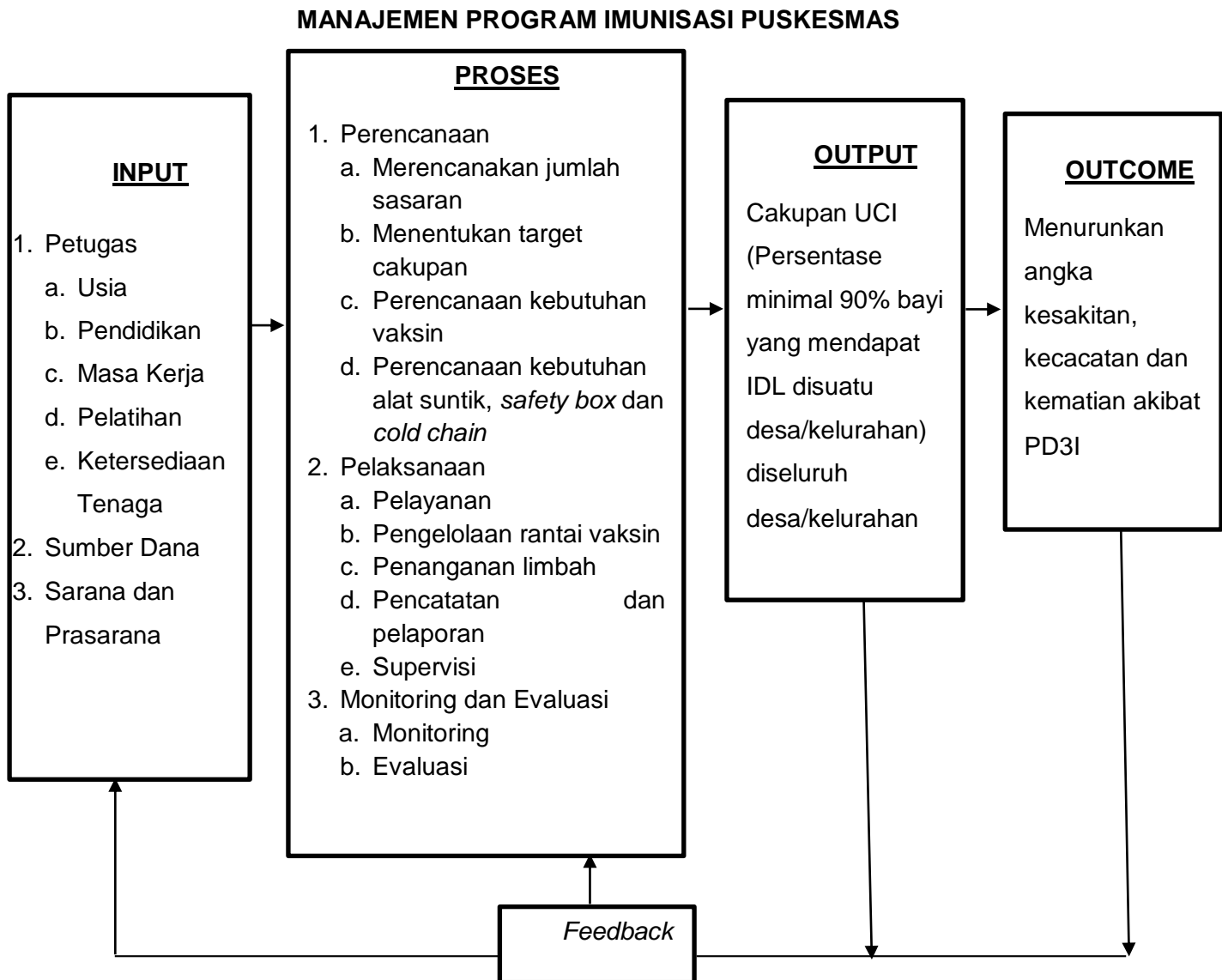
Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem. Dampak yang diharapkan dari administrasi kesehatan adalah makin meningkatnya derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan ini hanya akan tercapainya apabila kebutuhan (need) serta tuntutan (demands) perseorangan, keluarga, kelompok,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

f. Lingkungan (Environment)

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

Keenam sistem ini saling berhubungan dan mempengaruhi. 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).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

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