

PENYELENGGARAAN IMUNISASI PROGRAM

A. Perencanaan Program Imunisasi

1. Penentuan Sasaran
 - a. Sasaran Imunisasi Rutin
 - b. Sasaran Imunisasi Tambahan
 - c. Sasaran Imunisasi Khusus
2. Perencanaan Kebutuhan Logistik
 - a. Perencanaan Vaksin
 - b. Perencanaan Auto Disable Syringe
 - c. Perencanaan Safety Box
 - d. Perencanaan Kebutuhan Peralatan Cold Chain
3. Perencanaan Pendanaan
 - a. Tanggung jawab ke bawah (Accountable down)
 - b. Tanggung jawab setempat (Accountable at level)
 - c. Tanggung jawab ke atas (Accountable up)

B. Microplanning Program Imunisasi di Puskesmas

1. Pengertian
 2. Komponen Mikroplanning
 3. Langkah Penyusunan Mikroplanning
- Tahap 1: Pendataan/Perhitungan Sasaran

- a. Sasaran Imunisasi Dasar
 - 1) Sasaran bayi lahir hidup
 - 2) Sasaran bayi bertahan hidup (surviving infant)
- b. Sasaran Imunisasi Lanjutan
 - 1) Anak Bawah Usia Dua Tahun (Baduta)
 - 2) Anak usia Sekolah Dasar (SD)/sederajat
 - 3) Wanita Usia Subur (WUS)

Tahap 2: Perhitungan Kebutuhan Vaksin dan Logistik Imunisasi

- a. Perhitungan kebutuhan vaksin
- b. Perhitungan kebutuhan Auto Disable Syringe (ADS)
- c. Perhitungan kebutuhan Safety Box (SB)

Tahap 3: Pembuatan Peta Wilayah Kerja Puskesmas

Tahap 4: Penentuan Wilayah Prioritas

Tahap 5: Identifikasi Hambatan dan Solusi

Tahap 6: Penyusunan Rencana Kegiatan

Sumber

Permenkes Nomor 12, tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, dan Kementerian Kesehatan. "Pedoman Praktis Manajemen Program Imunisasi di Puskesmas". Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI, Tahun 2021

A. Perencanaan Program Imunisasi

Perencanaan harus disusun secara berjenjang mulai dari puskesmas, kabupaten/kota, provinsi dan pusat (bottom up). Perencanaan merupakan kegiatan yang sangat penting sehingga harus dilakukan secara benar oleh petugas yang profesional. Ketidaktepatan dalam perencanaan akan mengakibatkan terhambatnya pelaksanaan program, tidak tercapainya target kegiatan, pemborosan keuangan negara serta hilangnya kepercayaan masyarakat.

Perencanaan Imunisasi program, meliputi:

1. Penentuan Sasaran

a. Sasaran Imunisasi Rutin

1) Bayi pada Imunisasi Dasar

Jumlah bayi lahir hidup di tingkat Provinsi dan Kabupaten dihitung/ditentukan berdasarkan angka yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Sasaran ini digunakan untuk menghitung Imunisasi Hepatitis B, BCG dan Polio1.

Jumlah bayi baru lahir di tingkat kecamatan dan desa dapat dihitung sebagai berikut :

Kecamatan =

$$\frac{\text{Jml bayi lahir hidup kecamatan thn lalu}}{\text{Jml bayi lahir hidup kab/kota tahun lalu}} \times \text{Jml bayi kab/kota tahun ini}$$

Desa/Kelurahan =

$$\frac{\text{Jml bayi lahir hidup desa/kel tahun lalu}}{\text{Jml bayi lahir hidup kecamatan tahun lalu}} \times \text{Jml bayi kecamatan tahun ini}$$

A T A U

Desa = Pendataan sasaran per Desa

Jumlah bayi yang bertahan hidup (Surviving Infant) dihitung/ditentukan berdasarkan jumlah bayi baru lahir dikurangi dengan jumlah kematian bayi yang didapat dari perhitungan angka kematian bayi (AKB) dikalikan dengan jumlah bayi baru lahir. Jumlah ini digunakan sebagai sasaran Imunisasi bayi usia 2-11 bulan.

Surviving Infant (SI) =

$$\text{Jumlah bayi baru lahir} - (\text{AKB} \times \text{Jumlah bayi baru lahir})$$

2) Anak dibawah dibawah usia 2 tahun (Baduta) pada Imunisasi lanjutan

- a) Untuk sasaran Imunisasi lanjutan pada baduta sama dengan jumlah Surviving Infant (SI) tahun lalu.
- b) Jumlah Baduta dihitung/ditentukan berdasarkan jumlah Surviving infant (SI).

3) Anak sekolah dasar pada Imunisasi lanjutan

Untuk sasaran Imunisasi lanjutan pada anak sekolah dasar didapatkan dari data Kementerian Kesehatan

4) Wanita Usia Subur (WUS) pada Imunisasi lanjutan

Batasan Wanita Usia Subur WUS yang menjadi sasaran Imunisasi lanjutan adalah antara 15-49 tahun. Jumlah sasaran WUS ini didapatkan dari data Kementerian Kesehatan.

Wanita usia subur terdiri dari WUS hamil dan tidak hamil

$$WUS = 21,9\% \times \text{Jumlah Penduduk}$$

b. Sasaran Imunisasi Tambahan

Sasaran Imunisasi tambahan adalah kelompok resiko (golongan umur) yang paling beresiko terkenanya kasus. Jumlah sasaran didapatkan berdasarkan pendataan langsung.

c. Sasaran Imunisasi Khusus

Sasaran Imunisasi khusus ditetapkan dengan keputusan tersendiri (misalnya jemaah haji, masyarakat yang akan pergi ke negara tertentu).

2. Perencanaan Kebutuhan Logistik

Logistik Imunisasi terdiri dari vaksin, Auto Disable Syringe dan safety box. Ketiga kebutuhan tersebut harus direncanakan secara bersamaan dalam jumlah yang berimbang (system bundling).

a. Perencanaan Vaksin

Dalam menghitung jumlah kebutuhan vaksin, harus diperhatikan beberapa hal, yaitu jumlah sasaran, jumlah pemberian, target cakupan 100% dan indeks pemakaian vaksin dengan memperhitungkan sisa vaksin (stok) sebelumnya.

Kebutuhan =

$$\left\{ \frac{\text{jumlah sasaran} \times \text{jumlah pemberian} \times 100 \%}{\text{IP vaksin}} \right\} - \text{sisa stok}$$

Indek Pemakaian vaksin (IP) adalah pemakaian rata-rata setiap kemasan vaksin. Cara menghitung IP adalah dengan membagi jumlah cakupan dengan jumlah vaksin yang dipakai.

$$IP = \text{Jumlah cakupan} / \text{Jumlah vaksin yang dipakai}$$

Untuk menentukan jumlah kebutuhan vaksin ini, maka perhitungan IP vaksin harus dilakukan pada setiap level. IP vaksin untuk kegiatan Imunisasi massal (BIAS atau kampanye) lebih besar dibandingkan dengan Imunisasi rutin diharapkan sasaran berkumpul dalam jumlah besar pada satu tempat yang sama.

Untuk Tingkat Pusat, penyediaan vaksin ditambah 25% dari kebutuhan satu tahun sebagai langkah antisipasi adanya pelaksanaan Imunisasi tambahan dan atau kerusakan vaksin.

b. Perencanaan Auto Disable Syringe

Alat suntik yang dipergunakan dalam pemberian Imunisasi adalah alat suntik yang akan mengalami kerusakan setelah sekali pemakaian (Auto Disable Syringe/ADS). Ukuran ADS beserta penggunaannya terlihat seperti tabel berikut:

Tabel 7. Ukuran ADS dan Penggunaan		
No	Ukuran ADS	Penggunaan
1	0,05 ml	Pemberian imunisasi BCG
2	0,5 ml	Pemberian imunisasi DPT-HB-Hib, Campak, DT, Td, dan IPV
3	5 ml	Untuk melarutkan vaksin BCG dan Campak

Untuk Tingkat Pusat, berdasarkan sistem bundling maka perencanaan dan penyediaan ADS mengikuti jumlah vaksin dan indeks pemakaian vaksin.

c. Perencanaan Safety Box

Safety box digunakan untuk menampung alat suntik bekas pelayanan Imunisasi sebelum dimusnahkan. Safety box ukuran 2,5 liter mampu menampung 50 alat suntik bekas, sedangkan ukuran 5 liter menampung 100 alat suntik bekas. Limbah Imunisasi selain alat suntik bekas tidak boleh dimasukkan ke dalam safety box. Berdasarkan sistem bundling maka penyediaan safety box mengikuti jumlah ADS. Safety box yang sudah berisi alat suntik bekas tidak boleh disimpan lebih dari 2 x 24 jam.

d. Perencanaan Kebutuhan Peralatan Cold Chain

Vaksin merupakan bahan biologis yang mudah rusak sehingga harus disimpan pada suhu tertentu (pada suhu 2 s/d 8 °C untuk vaksin sensitif beku atau pada suhu -15 s/d -25 °C untuk vaksin yang sensitif panas).

Sesuai dengan tingkat administrasi, maka sarana cold chain yang dibutuhkan adalah:

Provinsi : Cold room, freezer room, Vaccine Refrigerator dan freezer
Kabupaten/kota : Cold room, Vaccine Refrigerator dan freezer
Puskesmas : Vaccine Refrigerator

Tabel 8. Jenis Standar Minimal Peralatan Program Imunisasi			
JENIS	PROVINSI	KAB/KOTA	PUSKESMAS
Voltage Stabilizer	V	V	V
Indikator pembekuan dan pemantau suhu panas	V	V	V
Alat pencatat suhu kontinyu	V	V	V
Thermometer	V	V	V
ADS (autodisable syringe)	V	V	V
Safety box	V	V	V
Kendaraan berpendingin khusus	V	V	
Komputer	V	V	V
Tabung pemadam kebakaran	V	V	V
Suku cadang	V	V	V
Tool kits	V	V	V

Penentuan jumlah kapasitas Cold Chain harus dihitung berdasarkan volume puncak kebutuhan vaksin rutin (maksimal stok) ditambah dengan kegiatan tambahan (bila ada). Maksimal stok vaksin provinsi adalah 2 bulan kebutuhan ditambah 1 bulan cadangan, kabupaten/kota 1 bulan kebutuhan ditambah 1 bulan cadangan, Puskesmas 1 bulan kebutuhan ditambah dengan 1 minggu cadangan.

Selain kebutuhan Vaccine Refrigerator dan freezer, harus direncanakan juga kebutuhan vaksin carrier untuk membawa vaksin ke lapangan serta cool pack sebagai penahan suhu dingin dalam Vaksin carrier selama transportasi vaksin.

Cara perhitungan kebutuhan Cold Chain adalah dengan mengalikan jumlah stok maksimal vaksin (semua jenis vaksin) dengan volume setiap jenis vaksin, dan membandingkannya dengan volume vaccine refrigerator/freezer.

Tabel 9. Volume Beberapa Jenis Vaksin/ Kemasan						
Vaccine	Panjang (cm)	Lebar (cm)	Tinggi (cm)	Volume (cm ³)	Total Doses	cm ³ /doses
Td 10 Ds	11	4,5	4,5	222,75	100	2,228

DT 10 Ds	11	4,5	4,5	222,75	100	2,228
Campak 10 Ds	12	5	5,5	330	100	3,3
Campak 20 Ds	12	4,8	5,5	316,8	200	1,584
Pelarut campak 10 Ds	8,5	3,5	8,5	252,8	100	2,529
Pelarut campak 20 Ds	9	3,8	11	376,2	200	1,881
Hepatitis B PID	16,6	15,2	11,9	3002,61		30,03
Polio 10 ds	8,5	3,6	4	122,4	100	1,224
Polio 20 ds	17	8,5	3,8	549,10	1000	0,549
Dropper polio 10 dosis (10 pcs)	8,5	8,6	7,6	232,56		
Dropper polio 20 dosis (50psc)	11,8	9	8	849,6		
BCG (Bio Farma)	8,6	3,5	11,1	334,11	200	1,671
Pelarut BCG (Bio Farma)	8,5	3,5	7,8	232,05	100	1,16
BCG 20 ds-SII (India)	18,5	9,8	5	906,5	1000	0,907
Pelarut BCG SII (India)	14,5	6	7,3	635,,1	50	12,7
BCG 20 ds-SII (Denmark)	11,5	2,3	12,8	338,56	200	1,69
Pelarut BCG-SSI	11,5	2,3	12,8	338,56	10	33,86
BCG GS	15	7,5	5	562,5	1000	0,563
Pelarut BCG GS	12,8	7	6	537,6	50	10,75
Pentavalen 5 ds	10,3	2,3	11,3	267,70	50	5,354
IPV 5 ds						
IPV 10 ds	11,5	6	6	414	100	4,14

Cara menentukan volume vaccine refrigerator/freezer adalah dengan mengukur langsung pada bagian dalam (ruangan) penyimpanan vaksin. Volume bersih untuk penyimpanan vaksin adalah 70% dari total volume. Kegiatan seperti BIAS, PIN, atau Outbreak Response Immunization (ORI) juga harus diperhitungkan dalam perhitungan kebutuhan Cold Chain

3. Perencanaan Pendanaan

Sumber pembiayaan untuk Imunisasi dapat berasal dari pemerintah dan sumber pembiayaan lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pembiayaan yang bersumber dari pemerintah berbeda-beda pada tiap tingkat administrasi yaitu tingkat pusat bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN), tingkat provinsi bersumber dari APBN (dekon) dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) provinsi, tingkat kabupaten/kota bersumber dari APBN (tugas perbantuan) dan APBD kabupaten/kota berupa DAU (Dana Alokasi Umum) dan DAK (Dana Alokasi Khusus).

Pendanaan ini dialokasikan dengan menggunakan formula khusus antara lain berdasarkan jumlah penduduk, kapasitas fiskal, jumlah masyarakat miskin dan lainnya.

Di era desentralisasi, fungsi pemerintah pusat adalah dalam menjamin ketersediaan vaksin dan alat suntik dan safety box, bimbingan teknis, pedoman pengembangan, pemantauan dan evaluasi, pengendalian kualitas, kegiatan TOT (training of trainer), advokasi, penelitian operasional dan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). Meskipun ada komitmen yang kuat dari pemerintah pusat dalam mendukung Imunisasi dalam bentuk penyediaan vaksin dan alat suntik ke seluruh kabupaten/kota sudah terbukti, dalam beberapa kasus, masih terjadi masalah dalam ketersediaan biaya operasional yang seharusnya disediakan oleh pemerintah daerah. Situasi ini akan berdampak besar misalnya terjadinya KLB di berbagai wilayah, khususnya di daerah rural dan miskin.

Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bertanggung jawab menyiapkan biaya operasional untuk pelaksanaan pelayanan Imunisasi rutin dan Imunisasi tambahan.

Biaya operasional sebagaimana dimaksud meliputi biaya:

- a. transport dan akomodasi petugas;
- b. bahan habis pakai;
- c. penggerakan masyarakat; dan
- d. perbaikan serta pemeliharaan peralatan rantai vaksin dan kendaraan Imunisasi.
- e. distribusi logistik dari kabupaten/kota sampai ke fasilitas pelayanan kesehatan; dan
- f. pemusnahan limbah medis Imunisasi

Untuk kesuksesan kegiatan Imunisasi dalam pelaksanaan, komoditas, teknis, dan keuangan maka setiap tingkat administrasi memiliki tanggung jawab sebagai berikut:

a. Tanggung jawab ke bawah (Accountable down)

Pusat bertanggung jawab dalam penyediaan vaksin dan sekaligus mendistribusikannya ke provinsi. Pusat bersama Daerah bertanggung jawab dalam penyediaan logistik lainnya. Pendistribusian selanjutnya menjadi tanggung jawab daerah secara berjenjang sesuai dengan kebijakan masing-masing daerah. Daerah juga bertanggung jawab dalam penyediaan sumber daya dan biaya pemeliharaan peralatan cold chain.

b. Tanggung jawab setempat (Accountable at level)

Provinsi dan kabupaten/kota bertanggung jawab menyediakan sumber daya untuk operasional dan beberapa komponen investasi. Sistem desentralisasi telah menempatkan kabupaten/kota sebagai aktor utama dalam mengimplementasikan kegiatan. Pemerintah Daerah harus mampu menjamin ketersediaan dana untuk mendukung keberlangsungan

program (biaya operasional, pemeliharaan dan lainnya) melalui advokasi kepada para stakeholder.

c. Tanggung jawab ke atas (Accountable up)

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan, pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah daerah, kecuali beberapa komoditas yang disuplai dari Pusat. Puskesmas bertanggung jawab untuk memberikan laporan pertanggungjawaban ke kabupaten/kota, provinsi dan pusat.

Diperlukan perencanaan yang komprehensif yang melibatkan lintas sektor dan lintas program untuk mendukung keberlanjutan kegiatan Imunisasi. Perencanaan kegiatan Imunisasi memerlukan informasi yang dapat menggambarkan situasi pencapaian Imunisasi dan sumber daya yang ada saat ini dan juga tujuan yang akan dicapai pada masa mendatang yang tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Perencanaan ini harus diikuti dengan penyusunan penganggaran yang dibutuhkan sehingga merupakan satu kesatuan perencanaan yang komprehensif.

B. Microplanning Program Imunisasi di Puskesmas

Sumber :

Kementerian Kesehatan. "Pedoman Praktis Manajemen Program Imunisasi di Puskesmas". Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI, Tahun 2021

1. Pengertian

Perencanaan merupakan salah satu unsur manajemen yang penting dalam pengelolaan program imunisasi. Perencanaan nasional penyelenggaraan imunisasi program dilaksanakan oleh Pemerintah berdasarkan perencanaan yang dilakukan oleh puskesmas, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan pemerintah daerah provinsi secara berjenjang. Dengan demikian, perencanaan di tingkat puskesmas menjadi ujung tombaknya. Perencanaan sebagaimana dimaksud meliputi penentuan sasaran, kebutuhan logistik, dan pendanaan.

Selain dari perencanaan di atas, perlu disusun juga perencanaan mikro atau disebut dengan mikroplaning. Mikroplaning disusun dengan tujuan untuk memastikan seluruh sasaran imunisasi dapat dijangkau dan dilayani sesuai usia sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan dan mempertahankan cakupan imunisasi yang tinggi dan merata. Dengan mikroplaning yang disusun dengan baik, petugas dapat mengidentifikasi kelompok prioritas, mengatasi kendala/permasalahan yang terjadi serta menyusun rencana kerja untuk mengatasi kendala/permasalahan tersebut.

2. Komponen Mikroplaning

Mikroplaning yang disusun dengan baik harus memiliki komponen-komponen sebagai berikut:

1. Jumlah dan data sasaran
2. Jumlah kebutuhan vaksin dan logistik imunisasi
3. Identifikasi ketersediaan SDM
4. Peta wilayah kerja puskesmas
5. Identifikasi hambatan terhadap akses dan penggunaan pelayanan
6. Identifikasi desa/kelurahan berisiko tinggi
7. Identifikasi solusi untuk mengatasi hambatan
8. Rencana kegiatan beserta pembiayaan

3. Langkah Penyusunan Mikroplaning

Tahap 1: Pendataan/Perhitungan Sasaran

Tahap 2: Perhitungan Kebutuhan Vaksin dan Logistik Imunisasi

Tahap 3: Pembuatan Peta Wilayah Kerja Puskesmas

Tahap 4: Penentuan Wilayah Prioritas

Tahap 5: Identifikasi Hambatan dan Solusi

Tahap 6: Penyusunan Rencana Kegiatan

Tahap 1: Pendataan/Perhitungan Sasaran

Penentuan sasaran dapat dilakukan dengan melakukan perhitungan estimasi berdasarkan proyeksi data sasaran yang dikeluarkan Kemenkes atau pendataan langsung yang dilakukan oleh puskesmas. Dalam penentuan data sasaran, lakukan koordinasi dengan pengelola program Kesehatan Keluarga.

a. Sasaran Imunisasi Dasar

1) Sasaran bayi lahir hidup

Jumlah bayi lahir hidup digunakan sebagai sasaran jenis imunisasi yang diberikan pada bayi usia kurang dari 2 bulan (HB0, BCG dan OPV1). Jumlah bayi lahir hidup di tingkat kecamatan dan desa/kelurahan dapat dihitung sebagai berikut:

Kecamatan
= CBR provinsi x jumlah penduduk kecamatan

atau

Kecamatan =

$$= \frac{\text{Jumlah bayi kecamatan tahun lalu}}{\text{Jumlah bayi kabupaten/kota tahun lalu}} \times \text{jumlah bayi kecamatan tahun ini}$$

Desa/kelurahan : Direkomendasikan untuk melaksanakan pendataan langsung ke seluruh rumah penduduk sehingga diperoleh data sasaran riil by name by address.

Untuk perhitungan estimasi jumlah bayi lahir hidup tingkat desa/kelurahan dilakukan dengan cara:

Desa/Kelurahan

$$= \frac{\text{Jumlah bayi desa/kel tahun lalu}}{\text{Jumlah bayi kecamatan tahun lalu}} \times \text{jumlah bayi desa/kel tahun ini}$$

2) Sasaran bayi bertahan hidup (surviving infant)

Jumlah bayi yang bertahan hidup (Surviving Infant) dihitung/ditentukan berdasarkan jumlah bayi lahir hidup dikurangi dengan jumlah kematian bayi yang didapat dari perhitungan Angka Kematian Bayi (AKB) dikalikan dengan jumlah bayi lahir hidup. Jumlah ini digunakan sebagai sasaran jenis imunisasi yang diberikan pada bayi usia 2-11 bulan.

Surviving Infant (SI)

= Jumlah bayi lahir hidup – (AKB x Jumlah bayi lahir hidup)

b. Sasaran Imunisasi Lanjutan

1) Anak Bawah Usia Dua Tahun (Baduta)

Data sasaran imunisasi lanjutan pada baduta sama dengan jumlah Surviving Infant (SI) tahun lalu.

2) Anak usia Sekolah Dasar (SD)/sederajat

Pada setiap awal tahun ajaran, petugas puskesmas meminta data jumlah anak sekolah SD/MI/sederajat kepada Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota dan kantor wilayah agama kabupaten/kota. Sedangkan data untuk anak usia sekolah yang tidak bersekolah dapat diperoleh dari Dinas Sosial Kabupaten/Kota atau dengan melakukan pendataan langsung oleh kader posyandu dan dasawisma di masyarakat.

3) Wanita Usia Subur (WUS)

WUS yang menjadi sasaran program imunisasi adalah semua wanita usia 15 s.d 39 tahun, termasuk ibu hamil. Menghitung estimasi sasaran WUS dapat dilakukan dengan menggunakan rumus:

Jumlah WUS: 21,9 % x jumlah penduduk

Tahap 2: Perhitungan Kebutuhan Vaksin dan Logistik Imunisasi

a. Perhitungan kebutuhan vaksin

Dalam menghitung jumlah kebutuhan vaksin, harus diperhatikan beberapa hal, yaitu jumlah sasaran, jumlah pemberian, target cakupan 100% dan indeks pemakaian vaksin dengan memperhitungkan sisa vaksin (stok) sebelumnya.

Kebutuhan = { *Jumlah sasaran x Jumlah Pemberian x 100%IP Vaksin* } – sisa

IP = Jumlah cakupan/Jumlah vaksin yang dipakai

b. Perhitungan kebutuhan Auto Disable Syringe (ADS)

ADS dihitung sejumlah dengan sasaran yang akan diberikan. Perhitungan dilakukan untuk masing-masing jenis ADS (0,5 ml; 0,05 ml dan 5 ml).

c. Perhitungan kebutuhan Safety Box (SB)

Safety Box dihitung dengan mempertimbangkan jumlah ADS.

Safety box ukuran 2,5 ml : *Jumlah ADS*÷50

Safety box ukuran 5 ml : *Jumlah ADS*÷100

Tahap 3: Pembuatan Peta Wilayah Kerja Puskesmas

Peta wilayah kerja puskesmas harus mencakup:

- Lokasi dari setiap desa/kelurahan.
- Lokasi-lokasi penting seperti posyandu, fasyankes, tempat ibadah, pasar, sekolah, dan tempat-tempat umum lainnya.
- Perkiraan jarak dan waktu tempuh dari puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan dan posyandu ke setiap komunitas masyarakat
- Lokasi-lokasi rentan/berisiko yaitu wilayah padat penduduk, wilayah kumuh, wilayah yang terdapat pekerja migran, kelompok marginal dan pengungsi yang berdomsili, wilayah pedesaan dan sulit secara geografis, wilayah yang teridentifikasi adanya penolakan terhadap imunisasi, atau wilayah pemukiman baru.



Gambar 2. Contoh Peta Wilayah Kerja Puskesmas

Tahap 4: Penentuan Wilayah Prioritas

Dalam menentukan wilayah prioritas, perlu dilakukan perhitungan angka Left Out (LO) dan Drop Out (DO) terlebih dahulu. Pastikan data yang digunakan adalah data yang valid dan akurat.

Left Out adalah anak tidak imunisasi (belum pernah diimunisasi sama sekali) yang usianya dalam sasaran program imunisasi (eligible). Angka LO menjadi indikator terhadap akses pelayanan imunisasi. Akses imunisasi adalah kesempatan atau kontak pertama dengan upaya sendiri untuk mendapatkan pelayanan imunisasi yang diukur dengan melihat cakupan jenis antigen pertama yang diperoleh anak.

Drop Out adalah anak yang sudah mendapatkan kesempatan pertama imunisasi namun tidak menyelesaikan rangkaian dosis pemberian sesuai jadwal. Angka DO menjadi Indikator

terhadap pemanfaatan imunisasi. Pemanfaatan imunisasi adalah kesempatan masyarakat menggunakan fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan imunisasi.

$$LO = \frac{\text{Jumlah bayi baru lahir} - \text{jumlah bayi yg diimunisasi BCG}}{\text{Jumlah bayi baru lahir}} \times 100 \%$$

* Dihitung mulai bulan Januari sampai dengan bulan melakukan analisis (bulan berjalan)

DO yang dapat digunakan adalah DO cakupan bayi maupun DO cakupan baduta. DO cakupan bayi dihitung dengan mencari selisih cakupan DPT-HB-Hib 1 dengan DPT-HB-Hib 3 atau selisih

$$\text{DO DPT-HB-Hib Bayi} = \frac{\text{(Jumlah imunisasi DPT-HB-Hib 1- Jumlah Imunisasi DPT-HB-Hib 3) dalam 1 periode}}{\text{Jumlah Imunisasi DPT-HB-Hib 1 dalam 1 periode}} \times 100 \%$$

* Dihitung mulai bulan Januari sampai dengan bulan melakukan analisis (bulan berjalan)

$$\text{DO Campak Rubella 1} = \frac{\text{(Jumlah imunisasi DPT-HB-Hib 1- Jumlah Imunisasi campak/rubela) dalam 1 periode}}{\text{Jumlah Imunisasi DPT-HB-Hib 1 dalam 1 periode}} \times 100 \%$$

* Dihitung mulai bulan Januari sampai dengan bulan melakukan analisis (bulan berjalan)

$$\text{DO DPT-HB-Hib Baduta} = \frac{\text{(Jumlah imunisasi DPT-HB-Hib 3 sampai bulan berjalan tahun lalu - Jumlah Imunisasi DPT-HB-Hib 4 sampai bulan berjalan tahun ini)}}{\text{Jumlah Imunisasi DPT-HB-Hib 3 bulan berjalan tahun lalu dalam 1 periode}} \times 100 \%$$

- * DPT-HB-Hib 3 dihitung mulai bulan Januari s/d bulan berjalan tahun lalu
- * DPT-HB-Hib 4 dihitung mulai bulan Januari s/d bulan berjalan tahun ini

$$\text{DO Campak Rubella Baduta} = \frac{(\text{Jumlah Campak Rubella 1 sampai bulan berjalan di tahun lalu} - \text{Jumlah Campak Rubella 2 sampai bulan berjalan tahun ini} *)}{\text{Jumlah Imunisasi Campak Rubella 1 bulan berjalan di tahun lalu dalam 1 periode}} \times 100 \%$$

- * Campak Rubella 1 dihitung mulai bulan Januari s/d bulan berjalan tahun lalu
- * Campak Rubella 2 dihitung mulai bulan Januari s/d bulan berjalan tahun ini

Agar diperoleh angka DO yang dapat lebih menggambarkan situasi di lapangan, direkomendasikan untuk menggunakan DO cakupan baduta

Tabel 1. Analisa Data LO dan DO		
	DO < 5 %	DO > 5 %
LO < 5 %	Kategori 1 Baik-Baik/BABA Akses : 👍 Pemanfaatan : 👍	Kategori 2 Baik-Baik/BABU Akses : 👍 Pemanfaatan : 👎
LO > 5 %	Kategori 3 Baik-Baik/BUBA Akses : 👎 Pemanfaatan : 👍	Kategori 4 Baik-Baik/BUBU Akses : 👎 Pemanfaatan : 👎

* LO atau DO bernilai negatif termasuk ke dalam kategori buruk (BU). Lakukan pengecekan akurasi data dan telusuri permasalahannya. Misalnya ada anak yang datang pertama kali pada usia 4 bulan, tetapi dicatat sebagai DPT-HB-Hib 3 (seharusnya DPT-HB-Hib 1) atau ada sasaran dari luar daerah

Berdasarkan tabel 1 di atas, dapat ditentukan kategori risiko masing-masing wilayah. Kategori risiko tersebut adalah sebagai berikut:

- Risiko tinggi:
 - Angka LO dan DO lebih dari 5% (lima persen)
 - Angka LO atau DO lebih dari 5%, disertai kondisi pendukung yaitu padat penduduk, kumuh, terdapat pekerja migran, kelompok marjinal dan pengungsi

yang berdomisili, pedesaan dan sulit secara geografis, teridentifikasi adanya penolakan terhadap imunisasi, atau pemukiman baru.

- Risiko sedang: Angka LO atau DO lebih dari 5% tanpa disertai kondisi pendukung
- Risiko rendah: Angka LO dan DO kurang dari 5% (lima persen)

Dengan mengetahui risiko suatu wilayah kita dapat melakukan penentuan wilayah (desa/kelurahan) prioritas. Wilayah risiko tinggi menjadi prioritas pertama, dilanjutkan dengan wilayah risiko sedang kemudian rendah. Penentuan wilayah prioritas ini juga perlu mempertimbangkan ketersediaan sumber daya.

Tahap 5: Identifikasi Hambatan dan Solusi

Lakukan identifikasi hambatan beserta solusi untuk mengatasi hambatan. Format tabel berikut ini dapat menjadi acuan petugas.

Tabel 2. Contoh Solusi Hambatan pada Akses dan/atau Pemanfaatan	
Masalah Akses (LO) dan solusi	Masalah pemanfaatan (DO) dan solusi
<p>Masalah: Lokasi pelayanan yang jauh</p> <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan jumlah posyandu • Pelaksanaan pelayanan imunisasi dengan strategi Sustainable Outreach Services (SOS) melalui kegiatan terpadu seperti dengan program gizi, KIA, pengobatan dsb. 	<p>Masalah: Kekurangan vaksin (stock-outs)</p> <p>Solusi:</p> <p>Pelatihan cara menghitung kebutuhan vaksin untuk tiap puskesmas termasuk perhitungan stok cadangan 25% dari total kebutuhan</p>
<p>Masalah: Waktu pelayanan yang tidak sesuai dengan waktu ibu/pengasuh untuk datang ke tempat pelayanan</p> <p>Solusi:</p> <p>Pengaturan kembali jadwal posyandu/pelayanan yang disesuaikan dengan ketersediaan waktu orang tua/pengasuh, misalnya masa panen maka jadwal dapat disesuaikan, membuka sesi posyandu sore hari untuk menyesuaikan dengan jadwal ibu bekerja</p>	<p>Masalah: Orang tua/pengasuh tidak tahu kapan harus kembali untuk mendapatkan pelayanan Imunisasi berikutnya</p> <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selalu diberikan edukasi sebelum kegiatan vaksinasi termasuk kapan ibu harus kembali • Membekali orang tua dengan buku KIA atau media KIE
<p>Masalah: Kekurangan petugas imunisasi</p> <p>Solusi:</p> <p>Advokasi untuk penambahan tenaga</p>	<p>Masalah: Orang tua/pengasuh beranggapan bahwa satu kali pemberian imunisasi sudah cukup</p> <p>Solusi:</p>

Mengoptimalkan bidan atau perawat lain sebagai vaksinator	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan edukasi sebelum kegiatan imunisasi untuk memberitahukan manfaat Imunisasi lengkap, termasuk jadwal Imunisasi • Membekali ibu dengan media KIE tentang pentingnya Imunisasi lengkap
<p>Masalah: Orang tua/pengasuh tidak paham program Imunisasi</p> <p>Solusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian KIE kepada ibu-ibu sebelum kegiatan vaksinasi • Bekerja sama dengan kader posyandu dan dasawisma setempat untuk berkomunikasi dengan masyarakatnya • Bekerja sama dengan tokoh masyarakat atau tokoh agama untuk penggerakan sasaran 	<p>Masalah: Adanya hambatan Komunikasi</p> <p>Solusi: Pelatihan teknik komunikasi yang baik</p>
<p>Penentuan solusi dapat dilakukan melalui metode curah pendapat yang melibatkan Kepala Desa/Lurah, toma/toga, anggota masyarakat, kader, serta perangkat desa/kelurahan setempat</p>	

Tahap 6: Penyusunan Rencana Kegiatan

Susun rencana kegiatan untuk seluruh desa/kelurahan di wilayah kerja puskesmas. Rencana kegiatan ini sekurang-kurangnya harus meliputi nama desa/kelurahan, nama/jenis kegiatan, sasaran kegiatan, jumlah vaksin dan logistik yang dibutuhkan, jumlah dana yang dibutuhkan, sumber dana, tim pelaksana atau penanggung jawab kegiatan, serta rencana waktu pelaksanaan. Rencana kegiatan disusun berdasarkan risiko wilayah. Rencana kegiatan dapat disusun bulanan, triwulan atau setiap 6 bulan. Rencana kegiatan juga sebaiknya disusun untuk kurun waktu tahunan dan 3 tahunan.