



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 1611/MENKES/SK/XI/2005**

**TENTANG
PEDOMAN PENYELENGGARAAN IMUNISASI**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :**
- a. bahwa dalam rangka perluasan cakupan penyelenggaraan imunisasi, dipandang perlu menyempurnakan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1059/MENKES/SK/IX/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi;

- Mengingat :**
1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1962 tentang Karantina Laut (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1962 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2373);
 2. Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1962 tentang Karantina Udara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1962 Nomor 3, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2374);
 3. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3273);
 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4235);
 6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437);
8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1991 Nomor 49 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3447);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Pemerintah Propinsi Sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3952);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 585/MENKES/PER/IX/1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1394/Menkes/SK/XI/2002 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Haji Indonesia;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

Kesatu : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN IMUNISASI.

Kedua : Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

Ketiga : Pedoman sebagaimana Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi tenaga kesehatan penyelenggaraan imunisasi.

Keempat : Pembinaan dan pengawasan pelaksanaan Keputusan ini dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan melibatkan organisasi profesi terkait sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.

Kelima : Dengan ditetapkannya Keputusan ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1059/MENKES/SK/IX/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Keenam : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 24 November 2005

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP(K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor : 1611/Menkes/SK/XI/2005
Tanggal : 24 November 2005

PEDOMAN PENYELENGGARAAN IMUNISASI

I. PENDAHULUAN

A. Program Imunisasi

Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum perlu diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam UUD 1945 melalui Pembangunan Nasional yang berkesinambungan berdasarkan Pancasila dan UUD 1945. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat dipengaruhi oleh tersedianya sumber daya manusia yang sehat, terampil dan ahli, serta disusun dalam satu program kesehatan dengan perencanaan terpadu yang didukung oleh data dan informasi epidemiologi yang valid.

Pembangunan bidang kesehatan di Indonesia saat ini mempunyai beban ganda (*double burden*). Penyakit menular masih merupakan masalah, sementara penyakit degeneratif juga muncul sebagai masalah. Penyakit menular tidak mengenal batas wilayah administrasi, sehingga menyulitkan pemberantasannya. Dengan tersedianya vaksin yang dapat mencegah penyakit menular tertentu, maka tindakan pencegahan untuk mencegah berpindahannya penyakit dari satu daerah atau negara ke negara lain dapat dilakukan dalam waktu relatif singkat dan dengan hasil yang efektif.

Salah satu strategi pembangunan kesehatan nasional untuk mewujudkan "Indonesia Sehat 2010" adalah menerapkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, yang berarti setiap upaya program pembangunan harus mempunyai kontribusi positif terhadap terbentuknya lingkungan yang sehat dan perilaku sehat. Sebagai acuan pembangunan kesehatan mengacu kepada konsep "Paradigma Sehat" yaitu pembangunan kesehatan yang memberikan prioritas utama pada upaya pelayanan peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) dibandingkan upaya pelayanan penyembuhan/pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) secara menyeluruh dan terpadu dan berkesinambungan. Menurut Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, "Paradigma Sehat" dilaksanakan melalui beberapa kegiatan antara lain pemberantasan penyakit. Salah satu upaya pemberantasan penyakit menular adalah upaya pengebalan (imunisasi).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Penerapan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah memberikan otonomi luas kepada kabupaten/kota dan otonomi terbatas pada provinsi, sehingga pemerintah daerah akan semakin leluasa menentukan prioritas pembangunan sesuai kondisi daerah. Oleh sebab itu daerah harus memiliki kemampuan mengidentifikasi masalah sampai memilih prioritas penanggulangan masalah kesehatan yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan daerah, serta mencari sumber-sumber dana yang dapat digunakan untuk mendukung penyelesaian masalah. Dalam hal ini, imunisasi merupakan upaya prioritas yang dapat dipilih oleh semua wilayah mengingat bahwa imunisasi merupakan upaya yang efektif dan diperlukan oleh semua daerah.

Upaya imunisasi diselenggarakan di Indonesia sejak tahun 1956. Upaya ini merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling *cost effective*. Dengan upaya imunisasi terbukti bahwa penyakit cacar telah terbasmi dan Indonesia dinyatakan bebas dari penyakit cacar sejak tahun 1974. Mulai tahun 1977, upaya imunisasi diperluas menjadi Program Pengembangan Imunisasi dalam rangka pencegahan penularan terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) yaitu, tuberkulosis, difteri, pertusis, campak, polio, tetanus serta hepatitis B. Dengan upaya imunisasi pula, kita sudah dapat menekan penyakit polio dan sejak tahun 1995 tidak ditemukan lagi virus polio liar di Indonesia. Hal ini sejalan dengan upaya global untuk membasmi polio di dunia dengan Program Eradikasi Polio (ERAPO).

Penyakit lain yang sudah dapat ditekan sehingga perlu ditingkatkan programnya adalah tetanus maternal dan neonatal serta campak. Untuk tetanus telah dikembangkan upaya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (MNTE) sedang terhadap campak dikembangkan upaya Reduksi Campak (RECAM). ERAPO, MNTE dan RECAM juga merupakan komitmen global yang wajib diikuti oleh semua negara di dunia. Di samping itu, dunia juga menaruh perhatian terhadap mutu pelayanan dan menetapkan standar pemberian suntikan yang aman (*safe injection practices*) yang dikaitkan dengan pengelolaan limbah tajam yang aman (*safe waste disposal management*), bagi penerima suntikan, aman bagi petugas serta tidak mencemari lingkungan.

Walaupun PD3I sudah dapat ditekan, cakupan imunisasi harus dipertahankan tinggi dan merata. Kegagalan untuk menjaga tingkat perlindungan yang tinggi dan merata dapat menimbulkan letusan (KLB) PD3I. Untuk itu, upaya imunisasi perlu disertai dengan upaya surveilans epidemiologi agar setiap peningkatan kasus penyakit atau terjadinya KLB dapat terdeteksi dan segera diatasi. Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Pemerintah Propinsi Propinsi sebagai Daerah Otonom, kewenangan surveilans epidemiologi, termasuk



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

penanggulangan KLB merupakan kewenangan bersama antara pemerintah pusat dan pemerintah provinsi.

Selama beberapa tahun terakhir ini, kekhawatiran akan kembalinya beberapa penyakit menular dan timbulnya penyakit-penyakit menular baru kian meningkat. Penyakit-penyakit infeksi “baru” oleh WHO dinamakan sebagai *Emerging Infectious Diseases* adalah penyakit-penyakit infeksi yang betul-betul baru (*new diseases*) yaitu penyakit-penyakit yang tadinya tidak dikenal (memang belum ada, atau sudah ada tetapi penyebarannya sangat terbatas; atau sudah ada tetapi tidak menimbulkan gangguan kesehatan yang serius pada manusia). Yang juga tergolong ke dalamnya adalah penyakit-penyakit yang mencuat (*emerging diseases*), yaitu penyakit yang angka kejadiannya meningkat dalam dua dekade terakhir ini, atau mempunyai kecenderungan untuk meningkat dalam waktu dekat, penyakit yang area geografis penyebarannya meluas, dan penyakit yang tadinya mudah dikontrol dengan obat-obatan namun kini menjadi resisten. Selain itu, termasuk juga penyakit-penyakit yang mencuat kembali (*reemerging diseases*), yaitu penyakit-penyakit yang meningkat kembali setelah sebelumnya mengalami penurunan angka kejadian yang bermakna.

Telah ditemukan satu kasus lumpuh karena virus polio liar pada anak umur 20 bulan di desa Giri Jaya, kecamatan Cidahu, kabupaten Sukabumi, provinsi Jawa Barat pada tanggal 22 April 2005. Anak tersebut belum pernah mendapat imunisasi polio meskipun cakupan imunisasi di desa tersebut >80% dan cakupan di kabupaten Sukabumi tahun 2004 sebesar 95,5%. Ternyata virus penyebab adalah virus dari Sudan. Sebenarnya sejak bulan Oktober 1995 Indonesia sudah bebas polio, tetapi karena ditemukannya kasus tersebut kita harus melaksanakan *Outbreak Response of Immunization (ORI)* yang dilanjutkan dengan *Mop-Up* serta Pekan Imunisasi Nasional (PIN) putaran I pada tanggal 30 Agustus, PIN Putaran II 27 September 2005 dan PIN Putaran III pada 30 November 2005 serta tidak tertutup kemungkinan akan dilanjutkan dengan PIN berikutnya.

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi membawa program imunisasi ke dalam penyelenggaraan yang bermutu dan efisien. Upaya tersebut didukung dengan kemajuan yang pesat dalam bidang penemuan vaksin baru (*Rotavirus, Japanese Encephalitis*, dan lain-lain). Beberapa jenis vaksin dapat digabung sebagai vaksin kombinasi yang terbukti dapat meningkatkan cakupan imunisasi, mengurangi jumlah suntikan dan kontak dengan petugas imunisasi.

Dari uraian di atas jelaslah bahwa upaya imunisasi perlu terus ditingkatkan untuk mencapai tingkat *population immunity* (kekebalan masyarakat) yang tinggi sehingga dapat memutuskan rantai penularan PD3I. Dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, upaya imunisasi dapat semakin efektif dan efisien dengan harapan dapat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

memberikan sumbangan yang nyata bagi kesejahteraan anak, ibu serta masyarakat lainnya.

Penyelenggaraan program imunisasi mengacu pada kesepakatan-kesepakatan internasional untuk pencegahan dan pemberantasan penyakit, antara lain :

1. WHO tahun 1988 dan UNICEF melalui *World Summit for Children* pada tahun 1990 tentang ajakan untuk mencapai target cakupan imunisasi 80-80-80, Eliminasi Tetanus Neonatorum dan Reduksi Campak;
2. Himbauan UNICEF, WHO dan UNFPA tahun 1999 untuk mencapai target Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (MNTE) pada tahun 2005 di negara berkembang;
3. Himbauan dari WHO bahwa negara dengan tingkat endemisitas tinggi >8% pada tahun 1997 diharapkan telah melaksanakan program imunisasi hepatitis B ke dalam program imunisasi rutin;
4. WHO/UNICEF/UNFPA tahun 1999 tentang *Joint Statement on the Use of Autodisable Syringe in Immunization Services*;
5. Konvensi Hak Anak: Indonesia telah meratifikasi Konvensi Hak Anak dengan Keputusan Presiden Nomor 36 Tahun 1999 tertanggal 25 Agustus 1990, yang berisi antara lain tentang hak anak untuk memperoleh kesehatan dan kesejahteraan dasar;
6. Resolusi Majelis Kesehatan Dunia (*World Health Assembly*) tahun 1988 dan tahun 2000 yang diperkuat dengan hasil pertemuan *The Eight Technical Consultative Group Vaccine Preventable Disease in SEAR* tahun 2001 untuk mencapai Eradikasi Polio pada tahun 2004 untuk regional Asia Tenggara dan sertifikasi bebas polio oleh WHO tahun 2008;
7. *The Millenium Development Goal (MDG)* pada tahun 2003 yang meliputi *goal 4*: tentang *reduce child mortality*, *goal 5*: tentang *improve maternal health*, *goal 6*: tentang *combat HIV/AIDS, malaria and other diseases* (yang disertai dukungan teknis dari UNICEF);
8. Resolusi WHA 56.20, 28 Mei 2003 tentang *Reducing Global Measles Mortality*, mendesak negara-negara anggota untuk melaksanakan *The WHO-UNICEF Strategic Plan for Measles Mortality Reduction 2001-2005* di negara-negara dengan angka kematian campak tinggi sebagai bagian EPI;
9. *Cape Town Measles Declaration*, 17 Oktober 2003, menekankan pentingnya melaksanakan tujuan dari *United Nation General Assembly Special Session (UNGASS)* tahun 2002 dan *World Health Assembly (WHA)* tahun 2003 untuk menurunkan kematian akibat campak menjadi 50% pada akhir tahun 2005 dibandingkan keadaan pada tahun 1999; dan mencapai target *The United*



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Millenium Development Goal untuk mereduksi kematian campak pada anak usia kurang dari 5 tahun menjadi 2/3 pada tahun 2015 serta mendukung *The WHO/UNICEF Global Strategic Plan for Measles Mortality Reduction and Regional Elimination 2001-2005*;

10. Pertemuan *The Ninth Technical Consultative Group on Polio Eradication and Vaccine Preventable Diseases in South-East Asia Region* tahun 2003 untuk menyempurnakan proses sertifikasi eradikasi polio, reduksi kematian akibat campak menjadi 50% dan eliminasi tetanus neonatal, cakupan DPT3 80% di semua negara dan semua kabupaten, mengembangkan strategi untuk *safe injections and waste disposal* di semua negara serta memasukkan vaksin hepatitis B di dalam Program Imunisasi di semua negara;
11. *WHO-UNICEF* tahun 2003 tentang *Joint Statement on Effective Vaccine Store Management Initiative*.

B. Program Imunisasi Meningitis Meningokokus

Meningitis meningokokus adalah penyakit akut radang selaput otak yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria meningitidis*. Meningitis merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan di seluruh dunia. *Case fatality rate*-nya melebihi 50%, tetapi dengan diagnosis dini, terapi modern dan suportif, *case fatality rate* menjadi 5-15%. Pencegahan dapat dilakukan dengan imunisasi dan kemoprofilaksis untuk orang-orang yang kontak dengan penderita meningitis dan karier.

C. Program Imunisasi Demam Kuning

Demam kuning adalah penyakit infeksi virus akut dengan durasi pendek (masa inkubasi 3 sampai dengan 6 hari) dengan tingkat mortalitas yang bervariasi, disebabkan oleh virus demam kuning dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*, vektor perantaranya adalah nyamuk *Aedes aegypti*. *Icterus* sedang kadang ditemukan pada awal penyakit. Setelah remisi singkat selama beberapa jam hingga 1 (satu) hari, beberapa kasus berkembang menjadi stadium intoksikasi yang lebih berat ditandai dengan gejala hemoragik perdarahan seperti epistaksis (mimisan), perdarahan ginggiva, hematemesis (muntah seperti warna air kopi atau hitam), melena, gagal ginjal dan hati, 20%-50% kasus ikterus berakibat fatal. Secara keseluruhan mortalitas kasus di kalangan penduduk asli di daerah endemis sekitar 5% tapi dapat mencapai 20%-40% pada wabah tertentu.

Pencegahan dapat dilakukan dengan imunisasi demam kuning yang akan memberikan kekebalan efektif bagi semua orang yang akan melakukan perjalanan berasal dari negara atau ke negara/daerah endemis demam kuning. Vaksin demam kuning berasal dari biakan virus demam kuning strain 17D pada embrio ayam, efektif memberikan perlindungan 99%. Antibodi terbentuk 7-10 hari sesudah



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

imunisasi dan bertahan sedikitnya hingga 30-35 tahun. Walaupun demikian imunisasi ulang harus diberikan setelah 10 tahun sesuai International Health Regulation (IHR). Vaksinasi demam kuning diberikan dengan cara penyuntikan subkutan di lengan bagian atas dengan dosis 0,5 ml (dosis yang sama diberikan pada bayi).

D. Program Imunisasi Rabies

Penyakit anjing gila atau dikenal dengan nama rabies merupakan suatu penyakit infeksi akut pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh virus rabies yang dapat ditularkan oleh anjing, kucing dan kera. Penyakit ini bila sudah menunjukkan gejala klinis pada hewan dan manusia selalu diakhiri dengan kematian, sehingga mengakibatkan timbulnya rasa cemas dan takut bagi orang-orang yang terkena gigitan dan kekhawatiran serta keresahan bagi masyarakat pada umumnya. Vaksin rabies dapat mencegah kematian pada manusia bila diberikan secara dini pasca gigitan.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, pemerintah secara intensif dan sistematis melakukan program pembebasan secara bertahap. Sampai pada tahun 2005 penyakit tersebut tersebar luas di 22 provinsi, dengan jumlah kasus gigitan yang cukup tinggi dalam 3 tahun terakhir, setiap tahunnya rata-rata 14.000 kasus gigitan dan hanya 11 provinsi di Indonesia yang tidak ada laporan kasus. Provinsi-provinsi tersebut ialah Bali, Nusa Tenggara Barat, Irian Jaya Barat, Papua, Bangka Belitung, Riau Kepulauan, Banten, DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Penanggulangan rabies yang menyangkut hewan menjadi tugas dan tanggung jawab Departemen Pertanian cq. Direktorat Jenderal Peternakan, sedangkan yang menyangkut manusia menjadi tugas dan tanggung jawab Departemen Kesehatan.

II. TUJUAN DAN SASARAN

A. Tujuan Umum

Turunnya angka kesakitan, kecacatan dan kematian bayi akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).

B. Tujuan Khusus

B.1. Program Imunisasi

- a. Tercapainya target *Universal Child Immunization* yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di 100% desa/kelurahan pada tahun 2010.
- b. Tercapainya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (insiden di bawah 1 per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun) pada tahun 2005.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c. Tercapainya pemutusan rantai penularan Poliomyelitis pada tahun 2004-2005, serta sertifikasi bebas polio pada tahun 2008.
- d. Tercapainya Reduksi campak (RECAM) pada tahun 2005.

B.2. Program Imunisasi Meningitis Meningokokus

Memberikan kekebalan tubuh terhadap penyakit Meningitis Meningokokus tertentu, sesuai dengan vaksin yang diberikan kepada calon jemaah haji.

B.3. Program Imunisasi Demam Kuning

Memberikan kekebalan efektif bagi semua orang yang melakukan perjalanan berasal dari atau ke negara endemis demam kuning sehingga dapat mencegah masuknya penyakit demam kuning ke Indonesia.

B.4. Program Imunisasi Rabies

Menurunkan angka kematian pada kasus gigitan hewan penular rabies.

C. Sasaran

C.1. Jenis-jenis Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Jenis-jenis penyakit yang dapat dicegah melalui pemberian imunisasi meliputi penyakit menular tertentu.

- a. Jenis-jenis penyakit menular tertentu sebagaimana dimaksud meliputi antara lain penyakit *Tuberculosis, Difteri, Pertusis, Campak, Polio, Hepatitis B, Hepatitis A, Meningitis meningokokus, Influenzae, Haemophilus influenzae tipe b, Kolera, Rabies, Japanese Encephalitis, Tifus Abdominalis, Pneumoni Pneumokokus, Yellow Fever (Demam Kuning), Shigellosis, Rubella, Varicella, Parotitis Epidemica, Rotavirus*.
 - 1) Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi adalah tuberkulosis, difteri, pertusis, polio, campak, tetanus dan hepatitis B.
 - 2) Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi di subdit Haji adalah Meningitis Meningokokus.
 - 3) Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi di subdit Kesehatan Pelabuhan adalah demam kuning.
 - 4) Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi di subdit Zoonosis adalah rabies.
- b. Jenis-jenis penyakit lainnya yang dengan perkembangan ilmu pengetahuan akan menjadi penyakit yang dapat dicegah melalui pemberian imunisasi antara lain malaria, demam berdarah, HIV/AIDS, Avian Influenzae akan ditetapkan tersendiri.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C.2. Program Imunisasi

C.2.a. Sasaran Berdasarkan Usia yang Diimunisasi

1) Imunisasi Rutin

- Bayi (di bawah satu tahun)
- Wanita usia subur (WUS) ialah wanita berusia 15-39 tahun, termasuk ibu hamil (Bumil) dan calon pengantin (Catin)
- Anak usia sekolah dasar

2) Imunisasi Tambahan

- Bayi dan anak

C.2.b. Sasaran Berdasarkan Tingkat Kekebalan yang Ditimbulkan

1) Imunisasi Dasar

- Bayi

2) Imunisasi Lanjutan

- Anak usia sekolah dasar
- Wanita usia subur

C.2.c. Sasaran Wilayah/Lokasi

- Seluruh desa/kelurahan di wilayah Indonesia.

C.3. Program Imunisasi Meningitis Meningokokus

Seluruh calon/jemaah haji, petugas PPIH (Panitia Penyelenggaraan Ibadah Haji) di Arab Saudi, Tim Kesehatan Haji Indonesia yang bertugas menyertai jemaah (kloter) dan petugas kesehatan di embarkasi/debarkasi.

C.4. Program Imunisasi Demam Kuning

Semua orang yang melakukan perjalanan, berasal dari negara atau ke negara yang dinyatakan endemis demam kuning (data negara endemis dikeluarkan oleh WHO yang selalu diupdate) kecuali bayi di bawah 9 bulan dan ibu hamil trimester pertama.

C.5. Program Imunisasi Rabies

Sasaran vaksinasi ditujukan pada 100% kasus gigitan yang berindikasi rabies, terutama pada lokasi tertular (selama 2 tahun terakhir pernah ada kasus klinis, epidemiologis dan laboratoris dan desa-desa sekitarnya dalam radius 10 km).

III. PENGERTIAN UMUM

A. Program Imunisasi

1. Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan menderita penyakit tersebut.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang perlindungan.
3. Imunisasi lanjutan adalah imunisasi ulangan untuk mempertahankan tingkat kekebalan di atas ambang perlindungan atau untuk memperpanjang masa perlindungan.
4. Imunisasi khusus adalah imunisasi yang diberikan kepada penyakit tertentu.
 - a. Imunisasi yang menjadi program yaitu meningitis, demam kuning dan rabies.
 - b. Imunisasi yang tidak masuk ke dalam program seperti *Hepatitis A, Influenzae, Haemophilus influenzae tipe b, Kolera, Japanese encephalitis, Tifus abdominalis, Pneumoni pneumokokus, Shigellosis, Rubella, Varicella, Parotitis epidemica, Rotavirus*.
5. Bulan Imunisasi Anak Sekolah yang selanjutnya disebut BIAS adalah bentuk operasional dari imunisasi lanjutan pada anak sekolah yang dilaksanakan pada bulan tertentu setiap tahunnya dengan sasaran semua anak kelas 1, 2 dan 3 di seluruh Indonesia.
6. *Universal Child Immunization* yang selanjutnya disebut UCI adalah suatu keadaan tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada semua bayi. Bayi adalah anak di bawah umur 1 tahun.
7. Menteri Kesehatan adalah menteri yang bertanggung jawab di bidang kesehatan.
8. Dinas Kesehatan adalah dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota.
9. Vaksin adalah suatu produk biologik yang terbuat dari kuman, komponen kuman, atau racun kuman yang telah dilemahkan atau dimatikan dan berguna untuk merangsang kekebalan tubuh seseorang.
10. Praktik penyuntikan imunisasi yang aman (*safe injection practices*) adalah setiap tindakan penyuntikan imunisasi yang menggunakan peralatan imunisasi yang sesuai dengan standar, menggunakan vaksin yang dikelola oleh petugas *cold chain* terlatih, dan limbah suntik dikelola secara aman.
11. Standarisasi dan spesifikasi peralatan imunisasi dan vaksin adalah suatu persyaratan minimal yang harus dipenuhi dalam penyediaan peralatan imunisasi dan vaksin untuk mencegah kerugian dan atau gangguan kesehatan bagi masyarakat sasaran imunisasi.
12. Rantai vaksin adalah pengelolaan vaksin sesuai dengan prosedur untuk menjaga vaksin tersimpan pada suhu dan kondisi yang telah ditetapkan.
13. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) adalah semua kejadian sakit dan kematian yang terjadi dalam masa satu bulan setelah imunisasi, yang diduga ada hubungannya dengan pemberian imunisasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

14. Tenaga pelaksana adalah petugas atau pengelola yang telah memenuhi standar kualifikasi sebagai tenaga pelaksana di setiap tingkatan dan telah mendapat pelatihan sesuai dengan tugasnya.

B. Program Imunisasi Meningitis Meningokokus

1. Meningitis meningokokus adalah penyakit akut radang selaput otak yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria meningitidis*.
2. Meningitis merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian di seluruh dunia. *Case fatality rate*-nya melebihi 50%, tetapi dengan diagnosis dini, terapi modern dan suportif, *case fatality rate* menjadi 5-15%.
3. Pencegahan dapat dilakukan dengan imunisasi dan kemoprofilaksis untuk orang-orang yang kontak dengan penderita meningitis dan karier.

C. Program Imunisasi Demam Kuning

1. Demam Kuning adalah penyakit infeksi yang disebabkan Flavivirus dan termasuk penyakit karantina.
2. Cara penularan:
 - Siklus penularan di hutan, reservoarnya adalah primata dan nyamuk *Haemogogus*.
 - Siklus penularan di kota adalah manusia dan nyamuk *Aedes aegypti*.
3. Masa inkubasi: 3 - 6 hari
4. Gejala klinis
 - Stadium awal
Demam mendadak, menggigil, sakit kepala dan otot, mual muntah. Nadi lemah dan pelan walaupun suhu meningkat (*Faget sign*). Kadang-kadang ikterus, albuminuria dan anuria.
 - Stadium Intoksikasi
Gejala perdarahan seperti mimisan, perdarahan gusi, muntah darah hitam, berak darah hitam. Disertai gagal ginjal dan hati. Berakibat fatal pada 20%-50% kasus ikterik.

D. Program Imunisasi Rabies

Rabies (penyakit anjing gila) adalah penyakit infeksi akut pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh virus rabies dan ditularkan melalui gigitan hewan penular rabies terutama anjing, kucing dan kera.

IV. RUANG LINGKUP

1. Pedoman ini mengatur tentang penyelenggaraan imunisasi dasar, imunisasi lanjutan serta imunisasi tambahan terhadap penyakit-penyakit yang sudah masuk ke dalam program imunisasi yaitu Tuberkulosis, Difteri, Tetanus, Pertusis, Polio, Campak dan Hepatitis B.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

2. Pedoman ini mengatur tentang penyelenggaraan imunisasi Meningitis Meningokokus, Demam Kuning dan Rabies.
3. Pedoman ini berlaku untuk semua institusi pemerintah maupun swasta yang menyelenggarakan pelayanan imunisasi seperti puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit, polindes, rumah bersalin dan klinik swasta.
4. Institusi swasta dapat memberikan pelayanan imunisasi terhadap PD3I selain yang termasuk dalam program imunisasi sepanjang memenuhi persyaratan perijinan yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

V. KEBIJAKAN DAN STRATEGI

A. Program Imunisasi

A.1. Kebijakan

- Penyelenggaraan Imunisasi dilaksanakan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat, dengan mempertahankan prinsip keterpaduan antara pihak terkait.
- Mengupayakan pemerataan jangkauan pelayanan imunisasi baik terhadap sasaran masyarakat maupun sasaran wilayah.
- Mengupayakan kualitas pelayanan yang bermutu.
- Mengupayakan kesinambungan penyelenggaraan melalui perencanaan program dan anggaran terpadu.
- Perhatian khusus diberikan untuk wilayah rawan sosial, rawan penyakit (KLB) dan daerah-daerah sulit secara geografis.

A.2. Strategi

- Memberikan akses (pelayanan) kepada swasta dan masyarakat.
- Membangun kemitraan dan jejaring kerja.
- Ketersediaan dan kecukupan vaksin, peralatan rantai vaksin dan alat suntik.
- Menerapkan sistem Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) untuk menentukan prioritas kegiatan serta tindakan perbaikan.
- Pelayanan imunisasi dilaksanakan oleh tenaga profesional/terlatih.
- Pelaksanaan sesuai dengan standar.
- Memanfaat perkembangan metoda dan teknologi.
- Meningkatkan advokasi, fasilitasi dan pembinaan.

B. Program Imunisasi Meningitis Meningokokus

Sesuai International Health Regulation setiap calon jemaah haji harus sudah diimunisasi Meningitis Meningokokus, dengan dibuktikan International Certificate of Vaccination (ICV) yang berlaku maksimal 2 tahun.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

C. Program Imunisasi Demam Kuning

Sesuai International Health Regulation setiap orang yang masuk Indonesia berasal atau melewati daerah diduga terjangkit demam kuning serta daerah terjangkit telah diimunisasi demam kuning, yang dibuktikan dengan International Certificate of Vaccination (ICV) yang masih berlaku. Masa berlaku ICV 10 tahun.

D. Program Imunisasi Rabies

- Vaksin anti rabies (VAR) manusia diberikan kepada seluruh kasus gigitan Hewan Penular Rabies (HPR) yang berindikasi, sehingga kemungkinan kematian akibat rabies dapat dicegah.
- Pemberdayaan puskesmas dalam penatalaksanaan kasus gigitan yaitu cuci luka pada setiap luka gigitan akibat digigit hewan penular rabies dengan menggunakan sabun/detergen selama 10-15 menit pada air mengalir, kemudian dibilas dengan alkohol atau betadine.

VI. POKOK-POKOK KEGIATAN

A. Program Imunisasi

A.1. Imunisasi Rutin

Kegiatan imunisasi rutin adalah kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus-menerus harus dilaksanakan pada periode waktu yang telah ditetapkan. Berdasarkan kelompok usia sasaran, imunisasi rutin dibagi menjadi:

- Imunisasi rutin pada bayi.
- Imunisasi rutin pada wanita usia subur.
- Imunisasi rutin pada anak sekolah.

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

Berdasarkan tempat pelayanan, imunisasi rutin dibagi menjadi :

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

A.2. Imunisasi Tambahan

Kegiatan imunisasi tambahan adalah kegiatan imunisasi yang tidak rutin dilaksanakan, hanya dilakukan atas dasar ditemukannya masalah dari hasil pemantauan, atau evaluasi. Yang termasuk dalam kegiatan imunisasi tambahan ini adalah :

a. *Backlog Fighting*

Backlog fighting adalah upaya aktif melengkapinya imunisasi dasar pada anak yang berumur 1-3 tahun pada desa non UCI setiap 2 (dua) tahun sekali.

b. *Crash Program*

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

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

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

A.3. Imunisasi dalam Penanganan KLB (*Outbreak Response*)

Pedoman pelaksanaan imunisasi dalam penanganan KLB disesuaikan dengan situasi epidemiologis penyakit.

A.4. Kegiatan Imunisasi Massal

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

A.4.a. PIN (*Pekan Imunisasi Nasional*)

Merupakan suatu upaya untuk mempercepat pemutusan siklus kehidupan virus polio *importasi* dengan cara memberikan vaksin polio kepada setiap balita termasuk bayi baru lahir tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya, pemberian imunisasi dilakukan 2 (dua) kali masing-masing 2 (dua) tetes dengan selang waktu 1 (satu) bulan. Pemberian imunisasi polio pada waktu PIN di samping untuk memutus



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

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

A.4.b. Sub PIN

Merupakan suatu upaya untuk memutuskan rantai penularan polio bila ditemukan satu kasus polio dalam wilayah terbatas (kabupaten) dengan pemberian dua kali imunisasi polio dalam interval satu bulan secara serentak pada seluruh sasaran berumur kurang dari satu tahun.

A.4.c. Catch Up Campaign Campak

Merupakan suatu upaya untuk memutuskan transmisi penularan virus campak pada anak sekolah dan balita. Kegiatan ini dilakukan dengan pemberian imunisasi campak secara serentak pada anak sekolah dasar dari kelas satu hingga kelas enam, tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya. Pemberian imunisasi campak pada waktu *catch up campaign* campak di samping untuk memutus rantai penularan, juga berguna sebagai *booster* atau imunisasi ulangan (dosis kedua).

B. Program Imunisasi Meningitis Meningokokus

1. Imunisasi Meningitis meningokokus tetravalen pada calon jemaah haji diberikan minimal 10 hari sebelum keberangkatan ke Arab Saudi.
2. Bila imunisasi diberikan kurang dari 10 hari sejak keberangkatan ke Arab Saudi harus diberikan profilaksis dengan antimikroba yang sensitif terhadap *Neisseria meningitidis*.
3. Pelaksanaan imunisasi bersamaan dengan pemeriksaan kesehatan II di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

C. Program Imunisasi Demam Kuning

1. Pemeriksaan International Certificate of Vaccination (ICV) bagi yang datang atau melewati negara terjangkit demam kuning harus bisa menunjukkan ICV yang masih berlaku sebagai bukti bahwa mereka telah mendapat imunisasi demam kuning. Bila ternyata belum bisa menunjukkan ICV (belum diimunisasi), maka terhadap mereka harus dilakukan isolasi selama 6 hari, dilindungi dari gigitan nyamuk sebelum diijinkan melanjutkan perjalanan mereka. Demikian juga mereka yang surat vaksin demam kuningnya belum berlaku, diisolasi sampai ICVnya berlaku.
2. Pemberian imunisasi demam kuning kepada orang yang akan menuju negara endemis demam kuning selambat-lambatnya 10 hari sebelum berangkat, bagi yang belum pernah diimunisasi atau yang imunisasinya sudah lebih dari 10 tahun. Setelah divaksinasi, diberi ICV dan tanggal pemberian vaksin dan yang bersangkutan setelah itu harus menandatangani di ICV. Bagi yang belum dapat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

menandatangani (anak-anak), maka yang menandatangani orang tua yang mendampingi bepergian.

D. Program Imunisasi Rabies

1. Pelatihan tenaga medis dan para medis puskesmas dan rumah sakit dalam penatalaksanaan kasus gigitan.
2. Pengamatan (surveilans) pada kasus gigitan Hewan Penular Rabies (HPR) di puskesmas.
3. Pemberdayaan masyarakat dalam upaya pemberantasan rabies.
4. Pertemuan lintas sektor secara rutin/periodik.
5. Penanggulangan pada setiap kasus gigitan dengan melakukan cuci luka dengan sabun/detergen selama 10-15 menit dengan air mengalir.

VII.MEKANISME PENYELENGGARAAN

A. Program Imunisasi

A.1. Penyusunan Perencanaan

Perencanaan merupakan bagian yang sangat penting dalam pengelolaan program imunisasi. Masing-masing kegiatan terdiri dari analisis situasi, alternatif pemecahan masalah, alokasi sumber daya (tenaga, dana, sarana dan waktu) secara efisien untuk mencapai tujuan program. Perencanaan disusun mulai dari puskesmas, kabupaten/kota, provinsi dan pusat.

A.1.a. Menentukan Jumlah Sasaran

Kegiatan ini merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting, karena menjadi dasar dari perencanaan pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program. Sumber data dapat bermacam-macam, namun untuk keperluan pembinaan diambil kebijaksanaan untuk menggunakan data dari sumber resmi seperti :

- Angka jumlah penduduk, penambahan penduduk serta angka kelahiran diperoleh dari hasil sensus penduduk yang dilakukan oleh Biro Pusat Statistik (BPS) setiap 10 tahun. Selain itu BPS juga melakukan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) pada pertengahan periode 10 tahun tersebut. Untuk angka jumlah penduduk dari tahun-tahun lainnya, BPS membuat proyeksi baik dari hasil Sensus maupun SUPAS.
- Unit terkecil dari hasil sensus adalah desa, dan angka ini menjadi pegangan setiap wilayah administratif untuk melakukan proyeksi. Karena unit terkecil pengambilan *sample* dari SUPAS adalah provinsi, maka ketepatan hasil maupun hasil proyeksinya pun hanya



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

sampai tingkat provinsi. Untuk selanjutnya pengelola program imunisasi melakukan proyeksi untuk mendapatkan jumlah penduduk dan sasaran imunisasi sampai ke tingkat desa. Hal ini seringkali menimbulkan kesenjangan antara angka proyeksi dengan jumlah penduduk yang sebenarnya. Dengan semakin mantapnya program imunisasi maupun BPS, masalah ini akan semakin berkurang atau dapat diatasi.

A.1.b. Menentukan Target Cakupan

Penentuan target merupakan bagian yang penting dari perencanaan karena target dipakai sebagai salah satu tolak ukur dalam pelaksanaan, pemantauan maupun evaluasi. Untuk mengurangi faktor subjektivitas diperlukan analisis situasi yang cermat.

1) Analisis Situasi

Untuk menunjang analisis situasi diperlukan data yang lengkap mengenai:

- Peta wilayah dengan jumlah penduduk/sasaran.
- Data wilayah, jumlah tenaga, jumlah peralatan imunisasi, unit pelayanan imunisasi yang ada.
- Data kesakitan dan kematian.
- Hasil analisis PWS, hasil evaluasi.

Dari data di atas ditetapkan masalah, faktor penyebab serta potensi yang dimiliki. Pikirkan alternatif pemecahan masalahnya dan usahakan untuk mengkuantifikasikannya ke dalam % cakupan.

2) Menghitung Target

Aksesibilitas/Jangkauan Program (Cakupan DPT-1)

Kelompokkan wilayah kerja dalam 3 kelompok:

- a. Wilayah I, adalah wilayah yang dapat dijangkau pelayanan imunisasi secara teratur, minimal 4 kali dalam setahun.
- b. Wilayah II, adalah wilayah yang dapat dijangkau pelayanan imunisasi namun kurang dari 4 kali setahun atau tidak teratur.
- c. Wilayah III, adalah wilayah yang tidak terjangkau pelayanan imunisasi.

Cakupan kontak pertama dapat diperoleh dari :

- a. Jumlah cakupan DPT-1 dari komponen statis, komponen lapangan dan dari praktek swasta pada tahun sebelumnya serta ditambah jumlah target *sweeping*.
- b. Jumlah cakupan dari upaya menjangkau Wilayah III melalui kegiatan imunisasi tambahan tahun sebelumnya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tingkat Perlindungan Program

a. (Cakupan DPT-3/Campak)

Secara kasar dapat dihitung dari cakupan kontak pertama dikurang 10%, atau jumlah cakupan DPT-3/campak dari komponen statis, komponen lapangan dan dari praktek swasta tahun sebelumnya dan ditambah jumlah target *sweeping*.

b. Cara Mencapai Target

Setelah melakukan analisis situasi dan menghitung target tentukan pemecahan masalah yang besar daya unkitnya serta mungkin dilaksanakan untuk tahun yang akan datang

3) Perencanaan Kebutuhan Vaksin

Pada dasarnya perhitungan kebutuhan jumlah dosis vaksin berasal dari unit pelayanan imunisasi (puskesmas). Cara perhitungan berdasarkan:

- Jumlah sasaran imunisasi.
- Target cakupan yang diharapkan untuk setiap jenis imunisasi.
- Indeks pemakaian vaksin tahun lalu.

Untuk menghitung kebutuhan vaksin kita harus menerjemahkan target cakupan secara rinci sampai ke masing-masing kontak antigen. Target cakupan untuk BCG, DPT-1 dan Polio-1 biasanya sama yaitu cakupan kontak pertama sedangkan cakupan imunisasi lengkap sama untuk DPT-3, Polio-4 dan campak. Untuk kontak kedua DPT dan polio dapat ditentukan dari pengalaman cakupan tahun lalu atau membagi rata angka *drop out*.

Dari perhitungan di atas diperoleh jumlah dosis “bersih” dari masing-masing antigen yang diperlukan untuk mencapai target. Dalam menjaga mutu pelayanan, program memperkenalkan kebijaksanaan untuk membuka vial/ampul baru meskipun sasaran yang datang hanya 1 (satu) bayi atau membuang sisa vaksin. Dengan demikian maka dosis “bersih” harus dibagi dengan faktor IP (indeks pemakaian vaksin) tahun sebelumnya.

Perhitungan kebutuhan vaksin untuk unit pelayanan imunisasi swasta disesuaikan dengan jumlah cakupan absolut tahun yang lalu. Adanya kesenjangan yang cukup berarti dengan jumlah di atas, bisa terjadi bila banyak sasaran datang dari luar wilayah atau sasaran yang pergi ke wilayah lain. Untuk menghindari penumpukan vaksin, jumlah kebutuhan dikurangi dengan sisa vaksin tahun lalu.

Kebutuhan dalam satuan jumlah kemasan vial/ampul harus diterjemahkan ke dalam satuan dosis dan volume vaksin. Pada saat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

inilah pembulatan ke atas dari jumlah kemasan vaksin dilakukan setelah disesuaikan dengan volume penyimpanan vaksin setempat. Puskesmas mengirimkan rencana kebutuhan vaksin ke kabupaten/kota. Kompilasi dilakukan oleh kabupaten ditambah dengan kebutuhan vaksin dari RSUD Pemerintah/RS swasta, RB dan lain-lain di tingkat kabupaten. Demikian pula provinsi harus mengkompilasi kebutuhan vaksin kabupaten/kota yang ada di wilayahnya ditambah kebutuhan vaksin bagi RSUD dan RS swasta tingkat provinsi. Selanjutnya angka kebutuhan per kabupaten/kota ini dikirimkan oleh provinsi ke pusat untuk proses pengadaan selanjutnya.

4) Perencanaan Kebutuhan Peralatan *Cold Chain* (Rantai Vaksin)

Setiap obat yang berasal dari bahan biologis harus terlindungi dari sinar matahari. Vaksin BCG dan campak misalnya, berasal dari kuman hidup, bila terkena sinar matahari langsung dalam beberapa detik saja akan menjadi rusak. Untuk melindunginya digunakan kemasan berwarna, misalnya ampul yang berwarna coklat di samping menggunakan kemasan luar (*box*). Vaksin yang sudah dilarutkan tidak dapat disimpan lama karena potensinya akan berkurang. Oleh karena itu, untuk vaksin beku kering (BCG, Campak) kemasan harus tertutup kedap (*hermetically sealed*). Kemasan vaksin harus memenuhi semua ketentuan di atas. Semua pihak yang terlibat dalam pengelolaan vaksin harus memantau kemasan vaksin dan ketentuan-ketentuan di atas untuk menjaga kualitas vaksin.

Selanjutnya yang harus diperhatikan adalah sistem rantai vaksin atau *cold chain*. Sarana *cold chain* dibuat secara khusus untuk menjaga potensi vaksin dan setiap jenis sarana *cold chain* mempunyai kelebihan dan kekurangan masing-masing. Dalam merencanakan pengadaan suatu jenis sarana, uji coba di lapangan perlu dilakukan untuk mengetahui berapa besar kelebihan yang dimiliki serta toleransi program terhadap kekurangannya.

A.2. Pelaksanaan

Pelayanan imunisasi meliputi kegiatan-kegiatan :

A.2.a. Persiapan Petugas

Kegiatan ini meliputi :

1) Inventarisasi Sasaran

Kegiatan ini dilakukan di tingkat puskesmas dengan mencatat:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Daftar bayi dan ibu hamil/WUS dilakukan oleh kader, dukun terlatih, petugas KB, bidan di desa.
Sumber: kelurahan, form registrasi bayi/ibu hamil, PKK.
- Daftar murid sekolah tingkat dasar melalui kegiatan UKS.
Sumber : Kantor Dinas Pendidikan/SD yang bersangkutan.
- Daftar calon pengantin di seluruh wilayah kerja puskesmas.
Sumber : KUA, kantor catatan sipil.
- Daftar murid sekolah menengah umum/Aliyah melalui kegiatan UKS.
Sumber : Kantor Dinas Pendidikan/SMU Aliyah yang bersangkutan.
- Daftar WUS di tempat kerja/pabrik.
Sumber : Dinas Tenaga Kerja/perusahaan yang bersangkutan.

2) Persiapan Vaksin dan Peralatan Rantai Vaksin

Sebelum melaksanakan imunisasi di lapangan petugas kesehatan harus mempersiapkan vaksin yang akan dibawa. Jumlah vaksin yang dibawa dihitung berdasarkan jumlah sasaran yang akan diimunisasi dibagi dengan dosis efektif vaksin per vial/ampul. Selain itu juga harus mempersiapkan peralatan rantai dingin yang akan dipergunakan di lapangan seperti termos dan kotak dingin cair.

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

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

A.2.b. Persiapan Masyarakat

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

A.2.c. Pemberian Pelayanan Imunisasi

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

1) Pelayanan Imunisasi Rutin

Vaksin yang diberikan pada imunisasi rutin meliputi :



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Pada bayi : Hepatitis B, BCG, Polio, DPT dan Campak.

Pada anak sekolah : DT , Campak dan TT.

Pada WUS : TT.

Jadwal pemberian imunisasi baik pada bayi, anak sekolah dan wanita usia subur berdasarkan jadwal pada tabel berikut.

Tabel 1a. Jadwal Pemberian Imunisasi Pada Bayi Dengan Menggunakan Vaksin DPT dan HB Dalam Bentuk Terpisah, Menurut Tempat Lahir Bayi

UMUR	VAKSIN	TEMPAT
Bayi lahir di rumah:		
0 bulan	HB1	Rumah
1 bulan	BCG, Polio 1	Posyandu*
2 bulan	DPT1, HB2, Polio2	Posyandu*
3 bulan	DPT2, HB3, Polio3	Posyandu*
4 bulan	DPT3, Polio4	Posyandu*
9 bulan	Campak	Posyandu*
Bayi lahir di RS/RB/Bidan Praktek:		
0 bulan	HB1, Polio1, BCG	RS/RB/Bidan
2 bulan	DPT1, HB2, Polio2	RS/RB/Bidan#
3 bulan	DPT2, HB 3, Polio3	RS/RB/Bidan#
4 bulan	DPT3, Polio4	RS/RB/Bidan#
9 bulan	Campak	RS/RB/Bidan#

Keterangan:

* : Atau tempat pelayanan lain

: Atau posyandu

Tabel 1b. Jadwal Pemberian Imunisasi Pada Bayi Dengan Menggunakan Vaksin DPT dan HB Dalam Bentuk Terpisah, Menurut Frekuensi dan Selang Waktu dan Umur Pemberian

VAKSIN	PEMBERIAN IMUNISASI	SELANG WAKTU PEMBERIAN MINIMAL	UMUR	KETERANGAN
BCG	1X	-	0-11 bulan	
DPT	3X (DPT 1,2,3)	4 minggu	2-11 bulan	
Polio	4X (Polio 1,2,3,4)	4 minggu	0-11 bulan	



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Campak	1X	-	9-11 bulan	
HB	3X (HB 1,2,3)	4 minggu	0-11 bulan	Untuk bayi lahir di RS/puskesmas oleh nakes pelaksana HB segera diberikan dalam 24 jam pertama kelahiran, vaksin BCG dan Polio diberikan sebelum bayi pulang ke rumah

Tabel 2. Jadwal Pemberian Imunisasi Pada Bayi Dengan Menggunakan Vaksin DPT/HB Kombo

UMUR	VAKSIN	TEMPAT
Bayi lahir di rumah:		
0 bulan	HB1	Rumah
1 bulan	BCG, Polio 1	Posyandu*
2 bulan	DPT/HB kombo1, Polio2	Posyandu*
3 bulan	DPT/HB kombo2, Polio3	Posyandu*
4 bulan	DPT/HB kombo3, Polio4	Posyandu*
9 bulan	Campak	Posyandu*
Bayi lahir di RS/RB/Bidan Praktek:		
0 bulan	HB1, Polio1, BCG	RS/RB/Bidan
2 bulan	DPT/HB kombo1, Polio2	RS/RB/Bidan#
3 bulan	DPT/HB kombo 2, Polio3	RS/RB/Bidan#
4 bulan	DPT/HB kombo 3, Polio4	RS/RB/Bidan#
9 bulan	Campak	RS/RB/Bidan#

Keterangan:

* : Atau tempat pelayanan lain

: Atau posyandu

Tabel 3. Jadwal Pemberian Imunisasi Pada Anak Sekolah

IMUNISASI ANAK SEKOLAH	PEMBERIAN IMUNISASI	DOSIS
Kelas 1	DT	0,5 cc
	Campak	0,5 cc
Kelas 2	TT	0,5 cc
Kelas 3	TT	0,5 cc



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 4. Jadwal Pemberian Imunisasi Pada Wanita Usia Subur

IMUNISASI	PEMBERIAN IMUNISASI	SELANG WAKTU PEMBERIAN MINIMAL	MASA PERLINDUNGAN	DOSIS
TT WUS	T1	-	-	0,5 cc
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun	0,5 cc
	T3	4 minggu setelah T2	5 tahun	0,5 cc
	T4	4 minggu setelah T3	10 tahun	0,5 cc
		4 minggu setelah T4	25 tahun	0,5 cc

Pelayanan imunisasi rutin dapat dilaksanakan di beberapa tempat, antara lain:

- Pelayanan imunisasi di komponen statis (puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit dan rumah bersalin). Pelayanan ini merupakan pendekatan yang ideal di mana sasaran datang mencari pelayanan.
- Pelayanan imunisasi rutin dapat juga diselenggarakan oleh swasta seperti:
 - rumah sakit swasta.
 - dokter praktik.
 - bidan praktik.

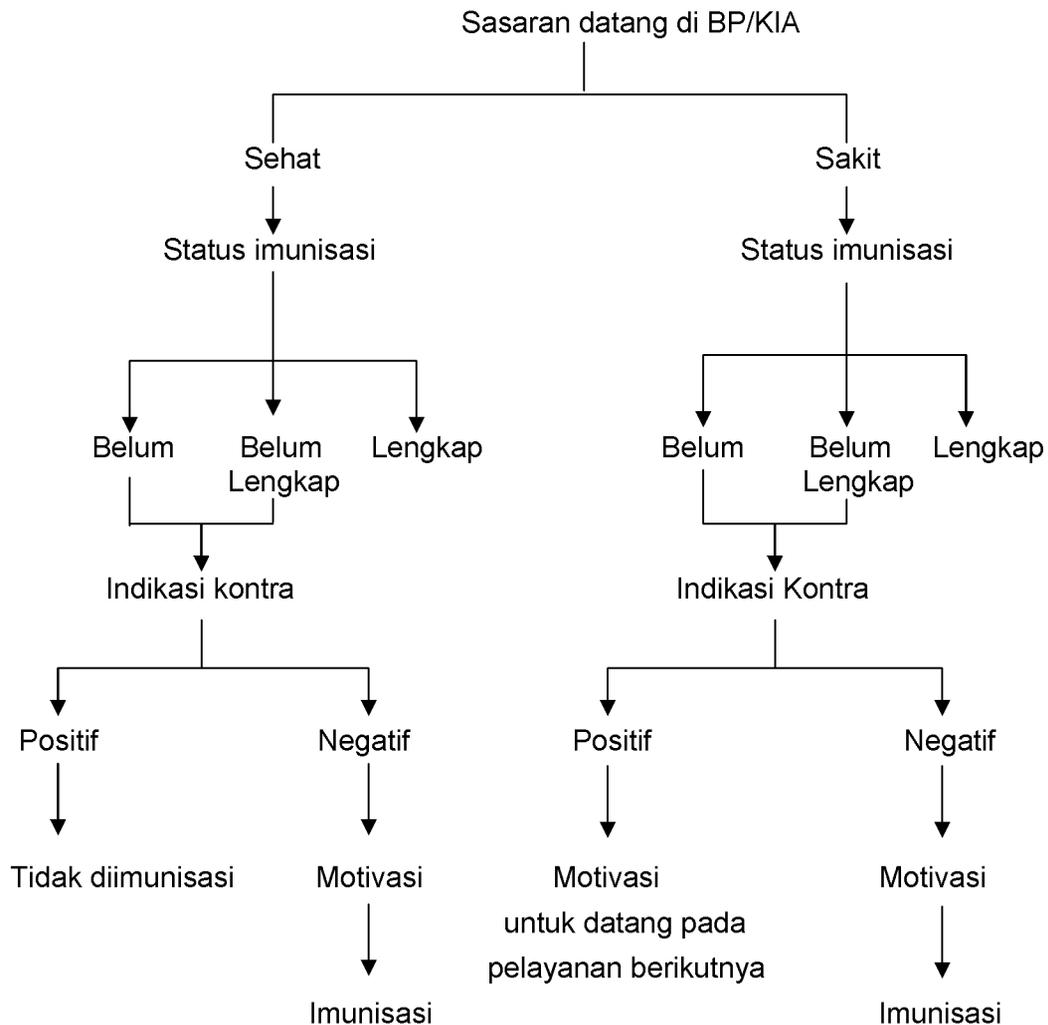
Koordinasi pelayanan imunisasi rutin oleh swasta diperlukan untuk penyediaan vaksin dan pelaporan. Prosedur yang dilakukan pada komponen ini adalah :

Skrining, menjangkau sasaran di semua pintu masuk BP/ KIA atau dalam kegiatan MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) Petugas harus mengantisipasi adanya penolakan terhadap imunisasi. Alasan yang biasa dikemukakan oleh keluarga harus dibicarakan agar tindakan yang tepat dapat diberikan. Misalnya imunisasi campak tidak perlu diberikan pada anak yang pernah menderita campak yang ditandai dengan gejala *pathognomonis* campak yaitu hiperpigmentasi dan deskuamasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Bagan 1. Prosedur Skrining Penjaringan Sasaran



- Pelayanan imunisasi di komponen lapangan antara lain di sekolah, posyandu dan kunjungan rumah. Di sekolah dasar harus dijadwalkan bersama dengan pihak sekolah dan pelaksanaannya dilakukan selama jam sekolah.
- Pelayanan imunisasi di posyandu diatur mengikuti sistem pelayanan lima meja. Bila pengunjung datang dapat dilakukan pendataan sasaran dan sebelum pelayanan dimulai diberikan penyuluhan kelompok. Selama pemberian imunisasi, penyuluhan perorangan diberikan. Catatan pemberian imunisasi dilakukan segera setelah pelayanan baik di KMS maupun di buku catatan hasil imunisasi bayi dan ibu (buku merah dan kuning).
- Kunjungan rumah dilakukan untuk pemberian imunisasi HB (0-7 hari) yang lahir di rumah.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Setelah selesai pelayanan di posyandu dan kunjungan rumah, hasil cakupan imunisasi serta masalah yang ditemukan didiskusikan dengan kader. Demikian pula sebelum pulang, petugas melaporkan hasil kegiatan serta masalah yang ditemukan di lapangan kepada kepala desa/pamong. Sesampai di puskesmas, hasil kegiatan di lapangan hari itu direkap di buku biru (catatan imunisasi puskesmas).

2) Pelayanan Imunisasi Tambahan

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

A.2.d. Koordinasi

Program imunisasi dituntut untuk melaksanakan ketentuan program secara efektif dan efisien. Untuk itu pengelola program imunisasi harus dapat menjalankan fungsi koordinasi dengan baik. Ada dua macam fungsi koordinasi, yaitu vertikal dan horizontal. Koordinasi horizontal terdiri dari kerja sama lintas program dan kerja sama lintas sektoral.

1) Kerja sama Lintas Program

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

- Keterpaduan KIA - Imunisasi.
- Keterpaduan Imunisasi - Survaillans.
- Keterpaduan KB - Kesehatan (Imunisasi, Gizi, Diare, KIA, PKM, KB).
- Keterpaduan UKS - Imunisasi.

2) Kerja sama Lintas Sektoral

Pada setiap tingkat administrasi, pengelola program imunisasi harus mengisi kegiatan untuk membina kerja sama lintas sektoral yang telah terbentuk, yaitu :

- Kerja sama imunisasi - Departemen Agama.
- Kerja sama imunisasi - Departemen Dalam Negeri.
- Kerja sama imunisasi - Departemen Pendidikan Nasional.
- Kerja sama imunisasi - organisasi (IDI, IDAI, POGI, IBI, PPNI, dll).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Bentuk lain dari koordinasi lintas sektoral adalah peran bantu PKK, LSM.
- Badan internasional seperti WHO, UNICEF, GAVI, AusAID, PATH, JICA, USAID, CIDA.

A.3. Pengelolaan Rantai Vaksin

A.3.a. Sensitivitas Vaksin Terhadap Suhu

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

- Vaksin yang sensitif terhadap panas (*heat sensitive*): Polio, Campak dan BCG.
- Vaksin yang sensitif terhadap pembekuan (*freeze sensitive*): Hepatitis B, DPT, TT dan DT.

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

A.3.b. Pengadaan, Penyimpanan, Distribusi dan Pemakaian

1) Pengadaan

Pengadaan vaksin untuk program imunisasi dilakukan oleh Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan dari sumber APBN dan BLN (Bantuan Luar Negeri). Pelaksanaan pengadaan vaksin dilakukan sesuai dengan prosedur Kepres no.80 tahun 2003. 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 Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM).

2) Penyimpanan

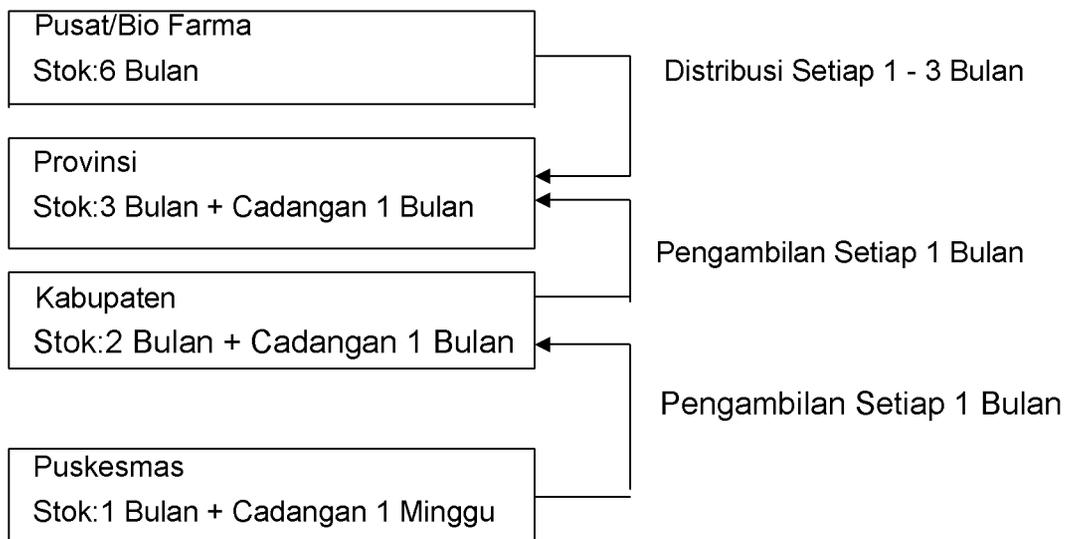
Setiap unit dianjurkan untuk menyimpan vaksin tidak lebih dari stok maksimalnya, untuk menghindari terjadinya penumpukan vaksin. Bila frekuensi distribusi vaksin ke provinsi 1 (satu) kali setiap 3 (tiga) bulan, maka stok maksimal vaksin di provinsi adalah kebutuhan vaksin untuk 4 (empat) bulan. Bila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



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

bulan maka stok maksimal di puskesmas 1 (satu) bulan 1 (satu) minggu. Lihat bagan distribusi vaksin.

Bagan 2. Distribusi Vaksin



Cara penyimpanan untuk vaksin sangat penting karena menyangkut potensi atau daya antigennya. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyimpanan vaksin adalah suhu, sinar matahari, dan kelembaban.

Tabel 5. Penyimpanan Vaksin

JENIS VAKSIN	PUSAT/ Bio Farma	PROVINSI	KAB/KOTA	PKM/PUSTU	BDD/UNIT PELAYANAN
	MASA SIMPAN VAKSIN				
	6 BULAN	3 BULAN + 1 BULAN CAD.	2 BULAN + 1 BULAN CAD.	1 BULAN + 1 MINGGU CAD.	1 BULAN + 1 MINGGU CAD.
Polio	FREEZER: Suhu -25 ⁰ C s/d -15 ⁰ C				



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

DPT DT TT BCG Campak Polio Hepatitis B (vial) DPT-HB	LEMARI ES: Suhu +2 ^o C s/d +8 ^o C	SUHU RUANGAN
HB Uniject		

Vaksin yang berasal dari virus hidup (polio, campak) pada pedoman sebelumnya harus disimpan pada suhu di bawah 0^oC. Dalam perkembangan selanjutnya, hanya vaksin Polio yang masih memerlukan suhu dibawah 0^oC di provinsi dan kabupaten/kota, sedangkan vaksin campak dapat disimpan di refrigerator pada suhu 2-8^oC. Adapun vaksin lainnya harus disimpan pada suhu 2-8^oC. Vaksin Hepatitis B, DPT, TT dan DT tidak boleh terpapar pada suhu beku karena vaksin akan rusak akibat meningkatnya konsentrasi zat pengawet yang merusak antigen.

Dalam penyimpanan vaksin, susunannya harus diperhatikan. Karena suhu dingin dari lemari es/freezer diterima vaksin secara konduksi, maka ketentuan tentang jarak antar kemasan vaksin harus dipenuhi. Demikian pula letak vaksin menurut jenis antigennya mempunyai urutan tertentu untuk menghindari penurunan potensi vaksin yang terlalu cepat.

3) Distribusi

Pengertian distribusi di sini adalah transportasi atau pengiriman vaksin dari pusat ke provinsi, dari provinsi ke kabupaten/kota, dari kabupaten/kota ke puskesmas dan dari puskesmas ke bidan di desa atau posyandu. Distribusi vaksin baik jumlah maupun frekuensinya harus disesuaikan dengan volume vaksin di masing-masing provinsi serta biaya transportasi. Rata-rata distribusi vaksin ke provinsi adalah setiap 1-3 bulan. Tergantung dari besarnya jumlah penduduk provinsi tersebut. Bila frekuensi distribusi vaksin dikurangi, keuntungannya adalah biaya transportasi berkurang, sedang kerugiannya sebagian besar umur vaksin dihabiskan dalam tempat penyimpanan di pusat. Karena volume penyimpanan dipengaruhi dengan stok vaksin maka pusat/Bio Farma memerlukan informasi



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

tentang stok vaksin di provinsi secara berkala atau melalui permintaan vaksin dari provinsi.

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

4) Pemakaian

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

Kebijaksanaan program imunisasi adalah tetap membuka vial/ampul baru meskipun sasaran sedikit untuk tidak mengecewakan masyarakat. Kalau pada awalnya indeks pemakaian vaksin menjadi sangat kecil dibandingkan dengan jumlah dosis per vial/ampul, dengan semakin mantapnya manajemen program di unit pelayanan, tingkat efisiensi dari pemakaian vaksin ini harus semakin tinggi.

Vaksin yang dipakai haruslah vaksin yang poten dan aman. Sisa vaksin yang sudah dibawa ke lapangan namun belum dibuka harus segera dipakai pada pelayanan berikutnya, sedang yang sudah dibuka harus dibuang. Sebelum vaksin dibuang periksa dulu apakah di antara pengunjung di luar umur sasaran ada yang perlu dilengkapi imunisasinya dan ada yang perlu mendapat *booster*. Namun hasil imunisasi ini tidak dilaporkan, cukup dicatat dalam buku bantu.

Vaksin yang dipakai di unit pelayanan statis atau di dalam gedung (RS, puskesmas, BKIA, praktek swasta) dapat digunakan kembali setelah vial dibuka dengan ketentuan sebagaimana tabel dibawah ini:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tabel 6. Masa Pemakaian Vaksin Dari Vial yang Sudah Dibuka di Unit Pelayanan Statis

VAKSIN	MASA PEMAKAIAN
Polio	2 minggu
DPT	4 minggu
TT	4 minggu
DT	4 minggu
Hepatitis B	4 minggu

Pemakaian vaksin yang sudah dibuka harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

- Vaksin tidak melewati masa kadaluarsa;
- Vaksin tetap disimpan pada + 2^oC s/d +8^oC;
- Sterilitas vaksin dapat terjamin;
- Vial vaksin tidak pernah terendam dalam air; dan
- VVM masih menunjukkan kondisi A atau B.

A.4. Penanganan Limbah

A.4.a. Dasar Pemikiran

- Hasil penelitian menunjukkan 45-50% praktek penyuntikan dalam program imunisasi serta pembuangan alat suntik bekas pakai sebagai tidak aman.
- *Statement WHO/UNICEF/UNFPA* Tahun 1997; hanya menggunakan *autodisable syringes* (ADS) untuk setiap suntikan dalam program imunisasi.
- Tersedianya bantuan dari GAVI untuk penyediaan ADS serta *safety box* bagi program imunisasi di Indonesia selama 3 tahun.

A.4.b. Tujuan

Penyuntikan dan penanganan limbah alat suntik dalam program imunisasi memenuhi standar "*safe injection practices and safe waste disposal management*".

A.4.c. Kegiatan

- Penyediaan ADS serta *safety box* sesuai kebutuhan.
- Pelatihan petugas serta supervisi.
- Sosialisasi melalui LSM maupun media komunikasi.
- Pemetaan sistem penanganan limbah.
- Penyediaan peralatan penanganan limbah sesuai hasil pemetaan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Pembentukan Komite Penanganan Limbah Medis, untuk memberikan rekomendasi kepada pimpinan untuk mengatur kebijakan dan peraturan perundangan.

A.5. Standar Tenaga dan Pelatihan Teknis

A.5.a. Standar Tenaga

a.1) Tenaga Pelaksana di Tingkat Puskesmas

Petugas Imunisasi

- Kualifikasi: Tenaga perawat atau bidan yang telah mengikuti pelatihan untuk tenaga petugas imunisasi.
- Tugas : memberikan pelayanan imunisasi dan penyuluhan.

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 per bulan.

Pengelola Program Imunisasi

- Kualifikasi: Petugas imunisasi, pelaksana *cold chain* atau petugas lain yang telah mengikuti pelatihan untuk pengelola program imunisasi.
- Tugas :
 - membuat perencanaan vaksin dan logistik lain.
 - mengatur jadwal pelayanan imunisasi.
 - mengecek catatan pelayanan imunisasi.
 - membuat dan mengirim laporan ke kabupaten/kota.
 - membuat dan menganalisis PWS bulanan.
 - merencanakan tindak lanjut.

a.2) Tenaga Pelaksana di Tingkat Kabupaten/Kota

Pengelola Program Imunisasi

- Kualifikasi: Seorang tenaga dengan pendidikan minimal kelulusan D-3 Kesehatan dan telah mendapat latihan pengelola program imunisasi.
- Tanggung jawab:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Pengelola program imunisasi bertanggung jawab terhadap perencanaan, pelaksanaan dan monitoring program imunisasi.
- Untuk melaksanakan pencatatan dan pelaporan cakupan, kasus PD3I serta kasus KIPI dapat ditunjuk seorang tenaga yang telah dilatih atau dapat dirangkap oleh pengelola imunisasi.

Pengelola Vaksin dan *Cold Chain*

- Kualifikasi: Tenaga dengan pendidikan minimal SLTA, yang telah mendapat pelatihan *cold chain*.
- Tugas : Tugas pokoknya adalah mengelola vaksin dan *cold chain*.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Dibantu oleh **Kepala Subdinas Kesehatan (Kasubdin) dan Kepala Seksi** yang membawahi program imunisasi melakukan pembinaan dan pengawasan program imunisasi di wilayahnya.

a.3) Tenaga Pelaksana di Tingkat Provinsi

Pengorganisasian dan ketenagaan pada tingkat provinsi pada dasarnya sama dengan tingkat kabupaten/kota. Jumlah tenaga dan ruang lingkup tenaganya disesuaikan dengan kewenangan daerah provinsi.

- Pengelola program imunisasi pada tingkat provinsi juga mempunyai kewajiban sebagai pelatih, untuk itu petugas ini harus telah mendapatkan pelatihan untuk pelatih (TOT).
- Untuk mengawasi dan mengaudit kasus KIPI di Provinsi dapat dibentuk Komite daerah KIPI (KOMDA KIPI) yang beranggotakan tenaga medis, ahli hukum, ahli kesehatan masyarakat dan wakil organisasi profesi kesehatan lain yang disesuaikan dengan kondisi daerah.

a.4) Tenaga Pelaksana di Tingkat RS/RB

Pengorganisasian dan ketenagaan pada tingkat rumah sakit, rumah bersalin dan pelayanan imunisasi pada praktek swasta lainnya, pada prinsipnya hampir sama dengan pada tingkat puskesmas. Pada tingkat ini minimal mempunyai tenaga yang bertugas sebagai petugas imunisasi dan pengelola *cold chain* dengan standar kualifikasi tenaga yang minimal sama dengan tingkat puskesmas. Bila tidak ada pengelola program imunisasi, petugas imunisasi juga mempunyai kewajiban untuk melaporkan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

hasil pelaksanaan imunisasi kepada puskesmas atau dinas kesehatan kabupaten/kota.

A.5.b. Pelatihan Teknis

Kegiatan imunisasi hanya dapat dilaksanakan oleh petugas imunisasi yang mempunyai latar belakang pendidikan medis atau keperawatan atau petugas lain yang kompeten.

Untuk meningkatkan pengetahuan dan/atau keterampilan pelatih dan petugas imunisasi perlu dilakukan pelatihan. Terhadap pelatih dan petugas imunisasi yang telah mengikuti pelatihan diberikan tanda bukti pelatihan berupa sertifikat pelatihan. Pelatihan bagi pelatih dan petugas imunisasi harus dilaksanakan sesuai dengan modul latihan petugas imunisasi.

Pelatihan bagi pelatih dan petugas imunisasi dapat diselenggarakan oleh departemen, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota dan/atau lembaga swasta. Departemen menyelenggarakan pelatihan bagi pelatih petugas imunisasi secara nasional. Pemerintah provinsi atau dinas yang ditunjuk, menyelenggarakan pelatihan bagi pelatih dan petugas imunisasi kabupaten/kota.

Pemerintah kabupaten/kota atau dinas yang ditunjuk, menyelenggarakan pelatihan bagi petugas imunisasi kabupaten/kota dan kecamatan. Lembaga swasta dapat menyelenggarakan pelatihan bagi pelatih dan petugas imunisasi kabupaten/kota dan kecamatan.

Lembaga swasta yang dapat menyelenggarakan pelatihan bagi pelatih dan petugas imunisasi harus terakreditasi oleh departemen dan/atau dinas sesuai ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.

Pelatihan teknis diberikan kepada petugas imunisasi di puskesmas, rumah sakit dan tempat pelayanan lain, petugas *cold chain* di semua tingkat. Pelatihan manajerial diberikan kepada para pengelola imunisasi dan supervisor di semua tingkat.

A.6. Pencatatan dan Pelaporan

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

A.6.a. Pencatatan

Untuk masing-masing tingkat administrasi perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

a.1) Tingkat Desa

a) Sasaran Imunisasi

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

b) Hasil Cakupan Imunisasi

Pencatatan hasil imunisasi untuk bayi (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dibuat oleh petugas imunisasi di buku kuning. Satu buku biasanya untuk 1 desa. Untuk masing-masing bayi, imunisasi yang diberikan pada hari itu dicatat di KMS. Pencatatan hasil imunisasi TT untuk WUS termasuk ibu hamil dan calon pengantin dibuat buku catatan imunisasi WUS untuk masing-masing ibu hamil dicatat di buku KIA/buku kohort ibu.

Untuk anak sekolah, imunisasi DT, campak atau TT yang diberikan, dicatat pada buku catatan khusus, 1 kopi diberikan kepada sekolah. Untuk masing-masing anak sekolah, diberikan kartu TT seumur hidup yang berisi catatan pemberian tetanus toxoid. Bila saat bayi terbukti pernah mendapat DPT, maka dimulai dari DPT2 dapat dicatat sebagai TT1 dan DPT3 sebagai TT2 pada kartu TT seumur hidup, sehingga pemberian DT/TT di sekolah dicatat sebagai TT3. Bila tidak terbukti pernah mendapat suntikan DPT maka DT dicatat sebagai TT1.

a.2) Tingkat Puskesmas

a) Hasil Cakupan Imunisasi

- Hasil kegiatan imunisasi di lapangan (buku kuning dan merah) ditambah laporan dari puskesmas pembantu di rekap di buku pencatatan imunisasi puskesmas (buku biru).
- Hasil imunisasi anak sekolah di rekap di buku hasil imunisasi anak sekolah.
- 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.
- Laporan hasil imunisasi di balai pengobatan swasta dicatat di buku biru dari bulan yang sesuai.
- Setiap catatan dari buku biru ini dibuat rangkap dua. Lembar ke 2 dibawa ke kabupaten sewaktu mengambil vaksin/konsultasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Dalam menghitung persen cakupan, yang dihitung hanya pemberian imunisasi pada kelompok sasaran dan periode yang dipakai adalah tahun anggaran mulai dari 1 Januari sampai dengan 31 Desember pada tahun tersebut.
- b) Pencatatan Vaksin
- Keluar masuknya vaksin terperinci menurut jumlah nomor *batch* dan tanggal kadaluarsa harus dicatat ke dalam kartu stok. Sisa atau stok vaksin harus selalu dihitung pada setiap kali penerimaan dan pengeluaran vaksin. Masing-masing jenis vaksin mempunyai kartu stok tersendiri. Selain itu kondisi VVM sewaktu menerima dan mengeluarkan vaksin juga perlu dicatat di SBBK (Surat Bukti Barang Keluar).
- c) Pencatatan Suhu Lemari Es
- Temperatur lemari es yang terbaca pada termometer yang diletakkan di tempat yang seharusnya, harus dicatat dua kali sehari yaitu pagi waktu datang dan sore sebelum pulang. Pencatatan harus dilakukan dengan upaya perbaikan:
- Bila suhu tercatat di bawah 2⁰C, harus mencurigai vaksin DPT, DT dan TT telah beku. Lakukan uji kocok, jangan gunakan vaksin yang rusak dan buatlah catatan pada kartu stok vaksin.
 - Bila suhu tercatat diatas 8⁰C, segera pindahkan vaksin ke *cold box*, *vaccine carrier* atau termos yang berisi cukup *cold pack* (kotak dingin beku). Bila perbaikan lemari es lebih dari 2 hari, vaksin harus dititipkan di puskesmas terdekat atau kabupaten. Vaksin yang telah kontak dengan suhu kamar lebih dari periode waktu tertentu, harus dibuang setelah dicatat di kartu stok vaksin.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

d) Pencatatan Logistik Imunisasi

Keluar masuknya vaksin harus dicatat di buku stok vaksin. Nomor *batch* untuk vaksin, serta nomor seri untuk sarana *cold chain* (lemari es, *mini freezer*, *vaccine carrier*, *container*) harus dicatat ke dalam kolom keterangan. Untuk peralatan habis pakai seperti ADS, *safety box* dan *spare part* cukup dicatat jumlah dan jenisnya.

a.3) Tingkat Kabupaten

a) Hasil cakupan imunisasi

Kompilasi laporan hasil imunisasi dari semua puskesmas dan RSU kabupaten maupun RS swasta dilakukan setiap bulan dan dicatat di buku hasil imunisasi kabupaten. Setiap catatan dari buku ini dibuat dalam rangkap dua. Lembar ke 2 dibawa ke provinsi pada waktu mengambil vaksin/konsultasi.

b) Pencatatan vaksin

Keluar masuknya vaksin terperinci menurut jumlah, nomor *batch* dan tanggal kadaluarsa harus dicatat dalam buku stok vaksin. Sisa atau stok vaksin harus dihitung pada setiap kali penerimaan atau pengeluaran vaksin. Masing-masing jenis vaksin mempunyai buku stok tersendiri. Selain itu kondisi VVM sewaktu menerima dan mengirimkan vaksin ke puskesmas juga perlu dicatat pada buku stok dan SBBK (Surat Bukti Barang Keluar).

c) Pencatatan barang imunisasi

Keluar masuknya barang termasuk vaksin harus dicatat di buku umum. Nomor *batch* untuk vaksin, serta nomor seri untuk sarana *cold chain* (lemari es, *freezer*, *vaccine carrier*) harus dicatat ke dalam kolom keterangan. Untuk peralatan habis pakai seperti ADS perlu juga dicatat nomor seri/lot masa kadaluarsa, jumlah dan merk, *safety box* cukup dicatat jumlah dan jenisnya.

a.4) Tingkat Provinsi

a) Hasil Cakupan Imunisasi

Kompilasi laporan hasil imunisasi dari semua kabupaten/kota dilakukan setiap bulan dan dicatat di buku hasil vaksinasi provinsi. Setiap catatan di buku ini dibuat dalam rangkap dua. Lembar ke 2 dikirimkan ke pusat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

b) Pencatatan Vaksin

Keluar masuknya vaksin terperinci menurut jumlah, nomor *batch* dan tanggal kadaluarsa harus dicatat ke dalam buku stok vaksin. Sisa atau stok vaksin harus selalu dihitung pada setiap kali penerimaan atau pengeluaran vaksin. Masing-masing jenis vaksin mempunyai buku stok tersendiri.

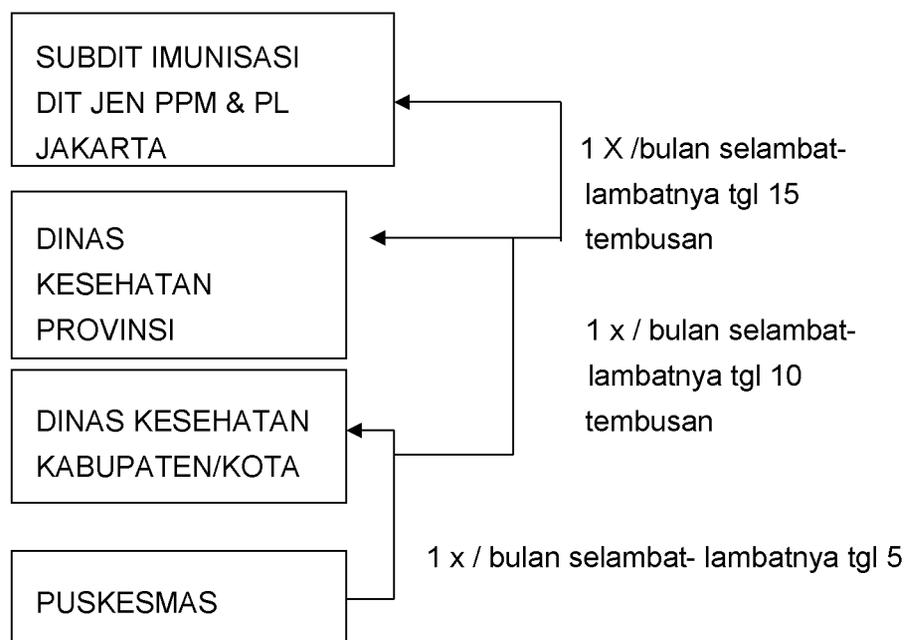
c) Pencatatan Barang Imunisasi

Keluar masuknya barang termasuk vaksin harus dicatat di buku umum. Jenis vaksin, nomor *batch* dan kondisi VVM saat diterima atau dikeluarkan untuk vaksin, serta nomor seri untuk sarana *cold chain* (lemari es, *freezer*, *vaccine carrier*, *container*) harus dicatat ke dalam kolom keterangan. Untuk peralatan seperti jarum, *syringe* dan *spare part* cukup dicatat jumlah dan jenisnya.

A.6.b. Pelaporan

Pelaporan dilakukan oleh setiap unit yang melakukan kegiatan imunisasi, mulai dari puskesmas pembantu, puskesmas, rumah sakit umum, balai imunisasi swasta, rumah sakit swasta, rumah bersalin swasta kepada pengelola program di tingkat administrasi yang sesuai. Unit yang di bawah melaporkan hasil rangkapnya ke unit yang di atasnya. Lihat skema pelaporan di bawah ini.

Bagan 3. Skema Pelaporan





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Yang dilaporkan adalah:

- Cakupan Imunisasi
Dalam melaporkan cakupan imunisasi, harus dipisahkan pemberian imunisasi terhadap kelompok di luar umur sasaran. Pemisahan ini sebenarnya sudah dilakukan mulai saat pencatatan, supaya tidak mengacaukan perhitungan persen cakupan.
- Stok dan Pemakaian Vaksin
Stok vaksin dan pemakaian vaksin setiap bulan harus dilaporkan bersama-sama dengan laporan cakupan imunisasi.

A.7. Supervisi dan Bimbingan Teknis

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

- Pengelola program imunisasi tingkat pusat melakukan supervisi ke tingkat provinsi. Bila diperlukan, petugas pusat dapat melakukan pembinaan ke tingkat kabupaten maupun supervisi ke kecamatan dan desa dengan terlebih dahulu mengadakan pembicaraan dengan petugas provinsi.
- Petugas provinsi mengadakan pembinaan ke kabupaten. Bila diperlukan dapat melakukan supervisi ke tingkat kecamatan dan desa dengan terlebih dahulu membicarakannya dengan petugas kabupaten.
- Petugas kabupaten mengadakan supervisi ke tingkat kecamatan, dan bila perlu ke desa untuk pembinaan membicarakannya dengan puskesmas.
- Petugas kecamatan mengadakan pembinaan ke desa/lapangan.

Hal-hal yang disupervisi antara lain adalah :

- Cakupan dan target imunisasi menurut waktu, wilayah.
- Data PD3I menurut waktu dan tempat.
- Ketenagaan.
- Peralatan imunisasi, vaksin dan *cold chain*.
- Pencatatan dan pelaporan.
- Hasil kerja sama lintas program/sektoral.
- Masalah yang ditemukan.

Untuk mengefektifkan kegiatan supervisi ini khususnya untuk unit pelayanan yang terdepan maka dengan mengadakan modifikasi dari LAM, dibuat *check list* untuk supervisi ke tingkat puskesmas. 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 menganalisis hasil supervisi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Jawaban supervisi ini dapat dikuantifikasi sehingga dapat diukur, dibandingkan, dengan demikian memudahkan analisis, umpan balik serta pelaporannya. Keluaran yang diharapkan dari supervisi dengan *check list* ini adalah :

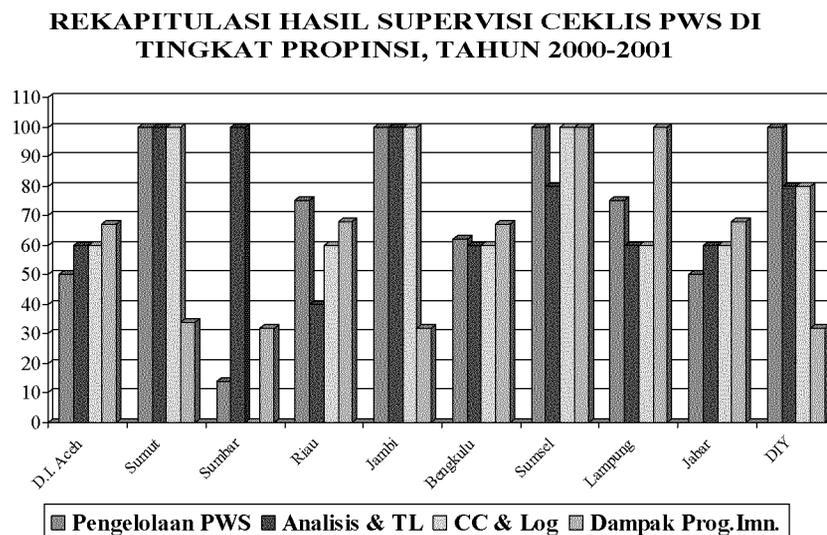
- Peningkatan mutu manajemen program.
- Peningkatan mutu pelayanan dan segi teknis dari program.
- Peningkatan bantuan dan kerja sama lintas sektoral.

Dalam pelaksanaannya yang dipantau melalui *check list* supervisi adalah :

- Pengolahan PWS.
- Analisis dan tindak lanjut PWS.
- Pencatatan dan pelaporan.
- *Cold Chain* dan logistik.
- Peralatan dan pelayanan imunisasi .
- Tindak lanjut dan pemantauan dampak program Imunisasi.
- Kemitraan.

Grafik 1 dan 2 menunjukkan analisis hasil supervisi *check list* PWS di tingkat Provinsi.

Grafik 1. Contoh Grafik Analisis Hasil Supervisi Ceklis di Tingkat Provinsi

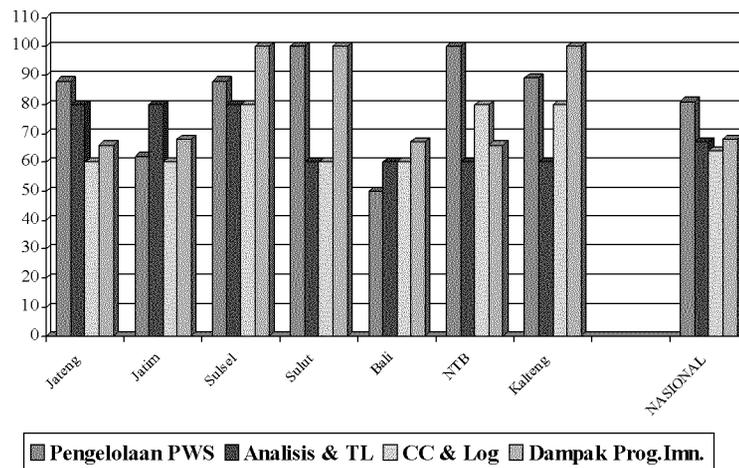




MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Grafik 2. Contoh Grafik Analisis Hasil Supervisi Ceklis di Tingkat Provinsi

REKAPITULASI HASIL SUPERVISI CEKLIS PWS DI
TINGKAT PROPINSI, TAHUN 2000-2001



Seorang *supervisor* harus memahami juklak dan juknis dengan baik. *Supervisor* dapat berasal dari pusat, provinsi atau kabupaten. Penanggung jawab puskesmas yang disupervisi harus mendapat atau mengetahui hasil supervisi di puskesmasnya, sehingga bila ditemukan masalah, dapat langsung dipecahkan di tempat dan segera dapat ditindaklanjuti.

Selanjutnya pimpinan puskesmas dapat mengadakan supervisi *internl* pembinaan internal kepada petugas imunisasi dengan menggunakan hasil analisis supervisi *check list*. Karena jawaban supervisi ini telah dikuantifikasi, maka hasil supervisi yang menyangkut mutu ini dapat dibandingkan dengan hasil supervisi di tingkat administrasi yang setara. Rekap hasil supervisi ini selain dilaporkan, dapat divisualisasikan dalam bentuk grafik untuk dianalisis kemudian dilakukan umpan balik.

Dianjurkan kegiatan ini dilaksanakan 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.

A.8. Penelitian dan Pengembangan

Dalam melaksanakan program imunisasi, kegiatan pengembangan yang didukung dengan penelitian dan pengembangan (Research and Development: R&D) perlu diprogramkan. Kegiatan pengembangan ini dimaksudkan untuk menemukan, meneliti dan mencari pemecahan masalah yang timbul, sehingga kegiatan program dapat berjalan optimal dan berkembang sesuai dengan perkembangan epidemiologi, perkembangan ilmu dan teknologi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Untuk tingkat pusat kegiatannya berupa *research* (penelitian) untuk menemukan hal-hal baru yang berhubungan dengan program imunisasi. Penelitian ini dikerjakan oleh lembaga penelitian yang ada, bekerja sama dengan program dan badan internasional. Untuk tingkat daerah diharapkan dapat melakukan *research operational* yaitu kegiatan penelitian yang ditujukan untuk memecahkan masalah operasional yang bersifat spesifik untuk daerah tersebut.

B. Program Imunisasi Meningitis Meningokokus

1. Imunisasi Meningitis meningokokus pada calon jemaah haji diberikan minimal 10 hari sebelum keberangkatan ke Arab Saudi.
2. Bila imunisasi diberikan kurang dari 10 hari sejak keberangkatan ke Arab Saudi harus diberikan profilaksis dengan antimikroba yang sensitif terhadap *Neisseria meningitidis*.
3. Pelaksanaan imunisasi bersamaan dengan pemeriksaan kesehatan kedua di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
4. Komposisi Vaksin dan Kemasan
Vaksin ACW135Y adalah preparat polisakarida murni yang diambil dari bahan *Neisseria meningitidis* group ACW135Y. Terdapat dua kemasan yaitu: dosis tunggal dan multi dosis (10 dosis).
5. Cara Penyimpanan Vaksin
 - Penyimpanan vaksin dalam lemari es pada suhu 2-8⁰C
 - Pelarut dapat disimpan dalam suhu kamar
6. Cara Pelarutan dan Cara Imunisasi
 - Ambil cairan pelarut, seluruh cairan pelarut disedot ke dalam semprit kemudian dimasukkan ke dalam botol vaksin, kocok perlahan-lahan sampai vaksin larut semua.
 - Vaksin yang telah dilarutkan disimpan dalam termos es atau lemari es dengan suhu 2-8⁰C.
 - Vaksin diberikan dengan dosis 0,5 cc untuk umur 2 tahun ke atas dan 0,3 cc untuk umur di bawah 2 tahun.
 - Kulit di lengan kiri atas didesinfeksi dengan kapas alkohol kemudian dengan menggunakan semprit 1 cc vaksin disuntikkan secara subkutan dalam.
 - Vaksin yang telah dilarutkan dan atau sisa vaksin yang telah dipakai tidak dapat digunakan lagi setelah delapan jam.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

7. Efikasi Vaksin, Daya Lindung dan Imunisasi Ulang (Revaksinasi)
 - Efikasi vaksin: 95%
 - Daya lindung/proteksi kekebalan 2 tahun, antibodi terbentuk 10 hari setelah imunisasi
 - Imunisasi ulang dilakukan setelah 2 tahun.
8. Kontra Indikasi
Wanita hamil, panas tinggi serta bagi mereka yang peka atau alergi terhadap phenol
9. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)
 - Hampir tidak ada, kadang-kadang timbul bercak kemerahan (skin rash) yang sangat ringan dan dapat terjadi syok anafikasis (renjatan).
 - Bila terjadi syok dapat diatasi dengan suntikan Adrenalin 1:1.000 dengan dosis 0,2-0,3 cc secara intra muskular (IM).
 - Sebagai tindakan pengamanan setelah diimunisasi, dianjurkan menunggu selama 30 menit.
10. Pencatatan
 - Setelah imunisasi meningitis meningokokus tetraavalen kemudian dicatat pada kartu International Certificate of Vaccination (ICV): nama calon jemaah haji, nomor paspor, tanggal imunisasi, nama vaksin, nomor vaksin/*batch number* dan dosis.
 - ICV ditandatangani oleh dokter yang ditunjuk oleh kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau dokter yang ditunjuk oleh Kepala KKP Embarkasi dan distempel "Port Health Authority" (bukan stempel dinas kesehatan kabupaten/kota atau puskesmas).
 - Bagi calon jemaah haji yang tidak mempunyai bukti imunisasi meningitis meningokokus tetraavalen harus imunisasi di pelabuhan embarkasi dan diberi kartu ICV serta minum antimikroba yang sensitif terhadap *Neisseria meningitidis* sebagai profilaksis.

C. Program Imunisasi Demam Kuning

Dilaksanakan oleh Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) selaku Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan yang pembinaannya oleh Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan yang mempunyai kewenangan kekarantina kesehatan di pelabuhan, bandara dan pos lintas batas negara.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

D. Program Imunisasi Rabies

1. Setiap kasus gigitan dilakukan cuci luka di rumah atau puskesmas
2. Segera ke puskesmas atau fasilitas kesehatan lain termasuk rumah sakit, untuk mendapatkan tindak lanjut berupa pemberian VAR.
3. Hewan yang menggigit sebaiknya ditangkap dan diserahkan kepada dinas peternakan setempat untuk diobservasi atau bila HPR mati, kepalanya diserahkan untuk dilakukan pemeriksaan spesimen otaknya.

VIII. MONITORING DAN EVALUASI

A. Pemantauan/Monitoring

Salah satu fungsi penting dalam manajemen program adalah pemantauan. Dengan pemantauan kita dapat menjaga agar masing-masing kegiatan sejalan dengan ketentuan program. Ada dua alat pemantauan yang dimiliki program imunisasi :

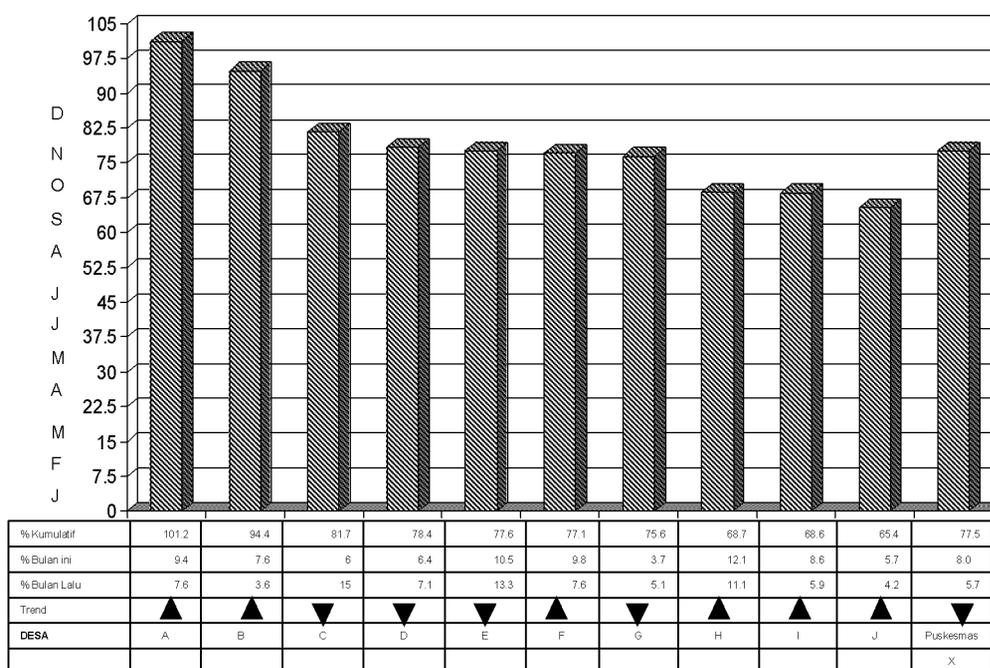
A.1. Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)

Alat pemantauan ini berfungsi untuk meningkatkan cakupan, jadi sifatnya lebih memantau kuantitas program. Dipakai pertama kalinya di Indonesia pada tahun 1985 dan dikenal dengan nama *Local Area Monitoring (LAM)*. LAM terbukti efektif kemudian diakui oleh WHO untuk diperkenalkan di negara lain. Grafik LAM kemudian disempurnakan menjadi yang kita kenal sekarang dengan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). **Prinsip PWS :**

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



Grafik 3. Contoh Grafik PWS DPT-1 Puskesmas X tahun 2003



Analisis dengan membandingkan pencapaian terhadap waktu (*trend*), target (1 tahun, kumulatif bulanan) dan wilayah (per desa, per kecamatan).

B. Evaluasi

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui hasil ataupun proses kegiatan bila dibandingkan dengan target atau yang diharapkan. Beberapa macam kegiatan evaluasi dilakukan secara berkala dalam program imunisasi. Berdasarkan sumber data, ada dua macam evaluasi:

B.1. Evaluasi Dengan Data Sekunder

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

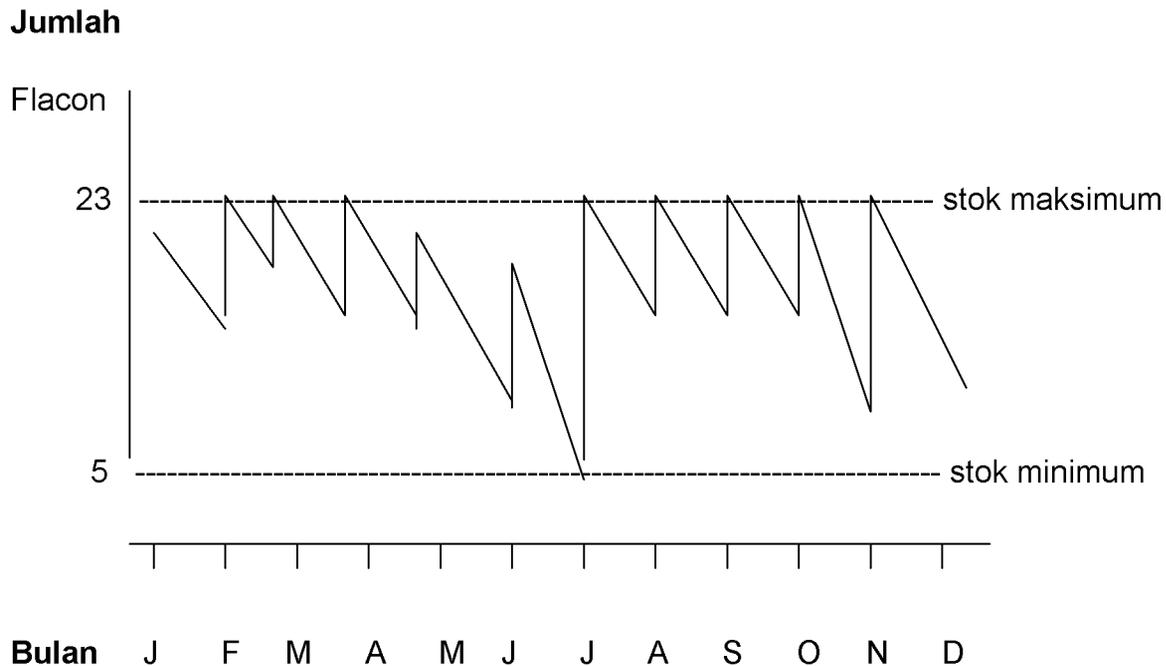
B.1.a. Stok Vaksin

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**Grafik 4. Contoh Grafik Kesiapan Stok Vaksin Campak, Puskesmas X
Tahun 2002**



- Stok minimal adalah kebutuhan vaksin selama satu minggu.
- Stok maksimal adalah kebutuhan vaksin satu bulan ditambah cadangan satu minggu.

Grafik memperlihatkan hubungan antara stok vaksin pada satu titik waktu terhadap stok minimal dan maksimal. Kesiapan penyediaan vaksin ditunjukkan dengan garis stok selalu di atas stok minimal (sebelum pengambilan vaksin) dan di atas garis stok maksimal, dapat berarti unit pelayanan mengalami masalah dalam penye-rapan vaksin melalui kegiatan operasionalnya atau dalam membuat perencanaan kebutuhan vaksin.

B.1.b. Indeks Pemakaian Vaksin

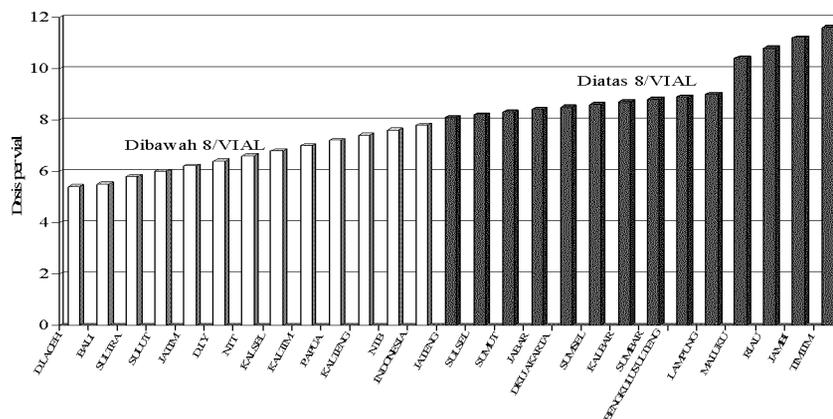
Dari pencatatan stok vaksin setiap bulan diperoleh jumlah vial/ ampul vaksin yang digunakan. Untuk mengetahui berapa rata-rata jumlah dosis diberikan untuk setiap vial/ampul, yang disebut indeks pemakain vaksin (IP). Perhitungan IP dilakukan untuk setiap jenis vaksin. Nilai IP biasanya lebih kecil dari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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

memperhatikan masalah efisiensi program tanpa mengurangi cakupan dan mutu pelayanan.

Grafik 5. Contoh Grafik Indeks Pemakaian Vaksin DPT per Provinsi



Grafik menunjukkan 4 provinsi mempunyai indeks pemakaian vaksin yang terlalu tinggi. Ada dua kemungkinan untuk indeks vaksin yang terlalu tinggi; pertama adalah kesalahan dalam pencatatan stok vaksin, yang kedua adalah kesalahan dalam pencatatan/pelaporan hasil cakupan.

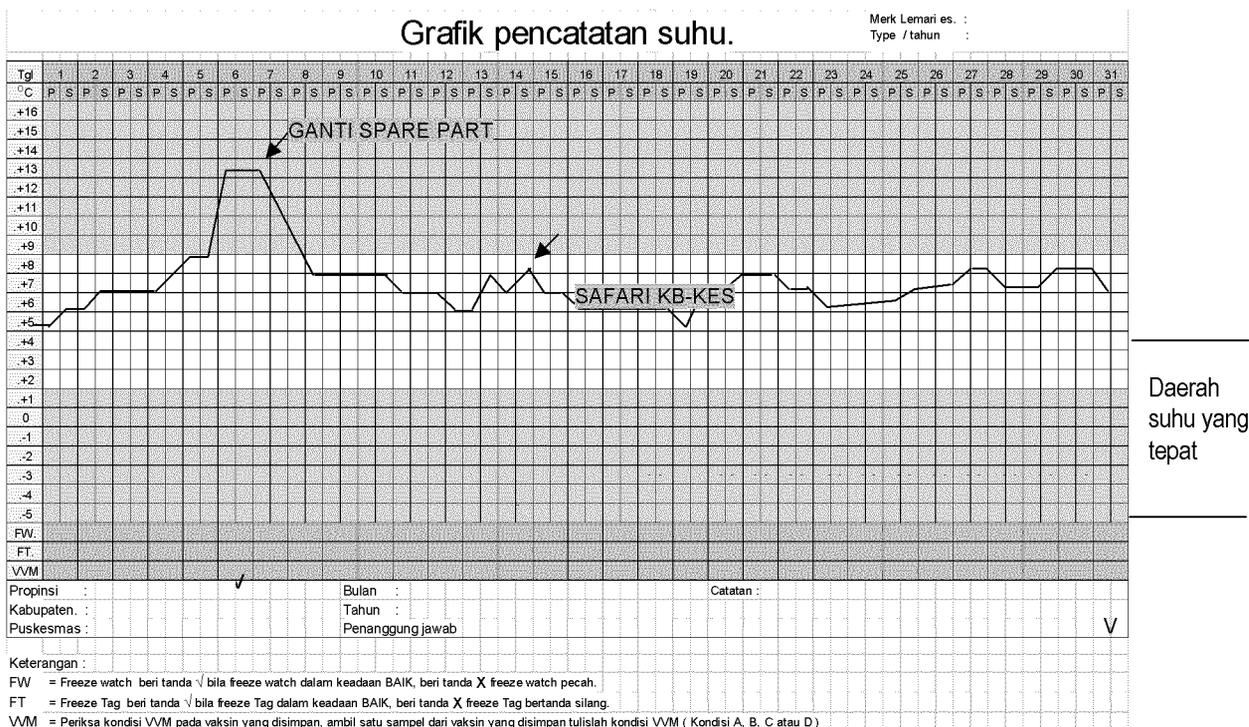
B.1.c. Suhu Lemari Es

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Grafik 6. Contoh Grafik Suhu Lemari Es Puskesmas



Indikator VVM memakai vaksin polio (HS)

Indikator FW memakai vaksin DPT/TT (FS)

B.1.d. Cakupan per Tahun

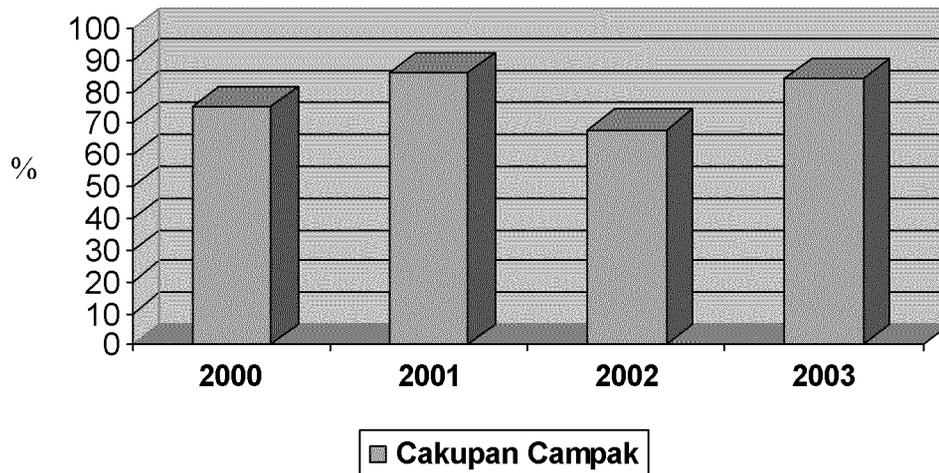
Untuk setiap antigen grafik cakupan per tahun dapat memberikan gambaran secara keseluruhan tentang adanya kecendrungan:

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



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Grafik 7. Contoh Grafik Cakupan Campak Kabupaten X tahun 2000-2003



Sebagai contoh, pada Grafik 7 terlihat adanya fluktuasi pencapaian cakupan campak di kabupaten X. Pada tahun 2001 terlihat pencapaian cakupan campak sudah lebih dari 80%, yang berarti kabupaten tersebut telah mencapai UCI. Namun pada tahun 2002 terjadi penurunan pencapaian cakupan campak di bawah 70% yang berarti kabupaten tidak mencapai UCI. Hal ini berarti terdapat penurunan kinerja dari program atau adanya kesalahan dalam pencatatan dan pelaporan. Untuk itu perlu adanya intervensi dengan melakukan perbaikan kinerja yaitu dengan melakukan perbaikan pencatatan dan pelaporan, menggiatkan pelaksanaan *sweeping* di desa dan melakukan kegiatan-kegiatan lain yang dapat berdampak terhadap perbaikan pencapaian cakupan seperti membina kerja sama lintas sektoral dan lintas program dan lain-lain. Pada tahun 2003 tampak ada perbaikan setelah dilakukan intervensi, sehingga cakupan campak naik menjadi di atas 80%. Untuk mengetahui masalah secara tepat perlu dilengkapi dengan analisis data yang lain.

B.2. Evaluasi dengan data primer

B.2.a. Survei Cakupan (*coverage survey*)

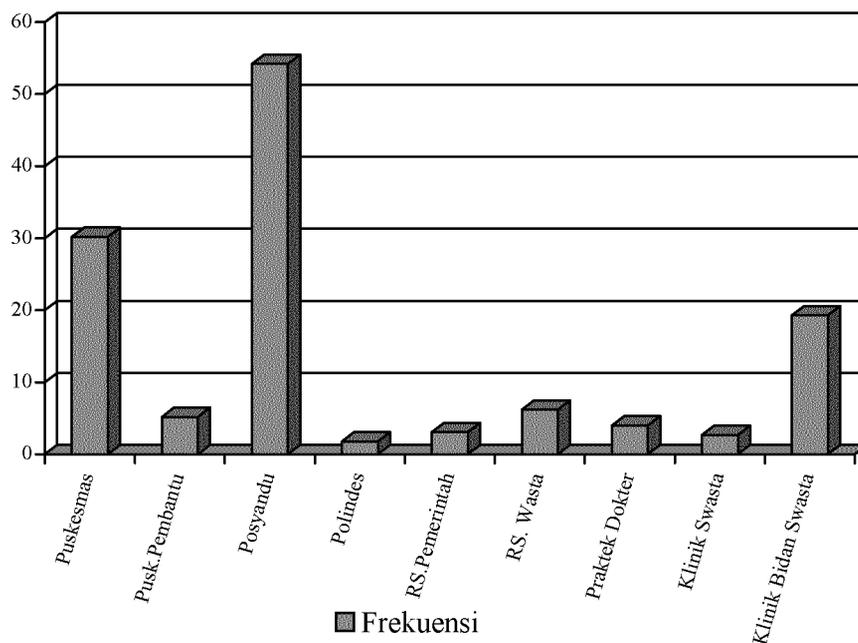
- Tujuan utama : diketahuinya tingkat cakupan imunisasi.
- Tujuan tambahan : diperoleh informasi tentang:
- distribusi umur saat diimunisasi.
 - mutu pencatatan dan pelaporan.
 - sebab kegagalan imunisasi.
 - tempat memperoleh imunisasi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Metodologi : - Jumlah *sample* yang diperlukan 210 anak.
- Cara pengambilan *sample* adalah 30 *cluster*.
- Lokasi *cluster* ditentukan secara acak/ *random*, (2 *stage cluster sampling*).
- Untuk tiap *cluster* diperlukan $210/30=7$ *sample* lihat petunjuk teknis survei cakupan.
- Periode cakupan yang akan di *cross-check* dengan survei ini menentukan umur res-ponden.
- Alat yang digunakan kuesioner standar.

Grafik 8. Contoh Grafik Survei Cakupan:
Proporsi Tempat Pelayanan Imunisasi



Sumber data: Hasil coverage survey Balitbangkes tahun 2002

B.2.b. Survei Dampak

- Tujuan utama : untuk menilai keberhasilan program imunisasi terhadap penurunan morbiditas penyakit tertentu, misalnya:
- Pencapaian eliminasi tetanus neonatorum yang ditunjukkan oleh insidens rate $<1/10.000$ kelahiran hidup.
 - Pencapaian eradikasi polio yang ditunjukkan oleh *insidens rate* 0.
 - Pencapaian reduksi mortalitas campak sebesar 90% dan morbidilitas sebesar 50% dari keadaan sebelum program.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Tujuan tambahan : diperoleh gambaran epidemiologis PD3I seperti distribusi penyakit menurut :

- umur
- tempat tinggal
- faktor-faktor resiko.

B.2.c. Uji Potensi Vaksin

Tujuan : diketahuinya potensi dan keamanan dari vaksin.

Tujuan tambahan : kualitas *cold chain*/pengelolaan vaksin diketahui.

Methodologi : - Yang dipakai sebagai indikator/*sample* adalah:
Vaksin pertusis (sensitif terhadap pembekuan);
dan Vaksin polio (sensitif terhadap panas).
- Batas minimal vaksin polio yang poten adalah:
type 1 $10^{6.0}$ CCID₅₀
type 2 $10^{5.0}$ CCID₅₀
type 3 $10^{5.5}$ CCID₅₀
- Dalam vaksin DPT potensi⁵⁰ vaksin tetanus minimal adalah 60 IU/dosis, batas minimal vaksin pertussis yang poten adalah 4 IU/dosis.
- *Sample* diambil dari tempat penyimpanan di tingkat pusat, provinsi, kabupaten dan puskesmas.
- Jumlah *sample* untuk masing-masing tempat penyimpanan adalah 3 vial.

IX. PEMBIAYAAN

1. Memberikan peluang kepada masyarakat dan swasta untuk menyelenggarakan/berpartisipasi dalam kegiatan imunisasi.
2. Sumber pembiayaan berasal dari APBN, APBD dan dari sumber lain yang sah.
3. Pemanfaatan pembiayaan dengan arah yang jelas dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

X. PENUTUP

Hal-hal yang bersifat teknis operasional yang belum diatur di dalam Keputusan ini akan ditetapkan lebih lanjut.

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP(K)