

TESIS

**UPAYA PENINGKATAN KUALITAS PELAKSANAAN IMUNISASI  
BERDASARKAN ANALISIS KARAKTERISTIK PETUGAS  
DAN PELAKSANAAN PROGRAM IMUNISASI  
(Studi Kasus di Kabupaten Pamekasan)**

KKC

KKC

TKA 77/07

Kem

u

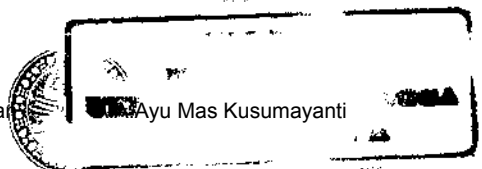


**A.A.AYU MAS KUSUMAYANTI**

**PROGRAM MAGISTER  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**SURABAYA**

**2006**



**UPAYA PENINGKATAN KUALITAS PELAKSANAAN IMUNISASI  
BERDASARKAN ANALISIS KARAKTERISTIK PETUGAS  
DAN PELAKSANAAN PROGRAM IMUNISASI  
( Studi Kasus di Kabupaten Pamekasan )**

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister  
Dalam program studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga



Oleh :

A.A.Ayu Mas Kusumayanti

NIM : 090410805L

**PROGRAM MAGISTER  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2006**

**LEMBAR PENGESAHAN**

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 22 AGUSTUS 2006

Oleh:

**Pembimbing Ketua**



Prof. Dr. S. Supriyanto, dr., MS  
NIP. 130 675 544

**Pembimbing,**



Ratna Dwi Wulandari, SKM, MKes  
NIP. 132 230 983

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Airlangga



Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS.  
NIP. 131 871 470

Telah Diuji Pada

Tanggal : 22 Agustus 2006

---

## PANITIA PENGUJI TESIS

**Ketua** : Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg, MS

**Anggota** :

1. Prof. Dr. S. Supriyanto, dr., MS
2. Ratna Dwi Wulandari, SKM, MKes
3. Dr. A. Ratgono, MSc
4. Dr. Abdur Rivai, MKes
5. Djazuly Chalidiyanto, SKM, MARS

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Dengan segala hormat saya sampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak Prof. Dr. S. Supriyanto,dr.,M.S selaku Pembimbing Ketua yang telah memberikan dorongan, bimbingan, pengarahan dan saran dengan penuh kesabaran.

Terima kasih yang sebesar-besarnya juga saya sampaikan kepada yang terhormat Ibu Ratna Dwi Wulandari, SKM, M.Kes, selaku Pembimbing yang juga telah memberikan dorongan, bimbingan, pengarahan dan saran dengan penuh perhatian dan kesabaran sampai tesis ini terselesaikan.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga saya sampaikan kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga, Direktur Pasca Sarjana Universitas Airlangga dan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah memberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa Program Magister pada Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.
2. Dr. Nyoman Anita Damayanti,drg.,MS, selaku Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah memberikan kepada saya untuk mengikuti pendidikan.
3. Ketua Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan kepada saya selama mengikuti pendidikan.

4. Bapak dr. A.Ratgono, MSc, dr. Abdur Rivai, Mkes, Djazuly Chalidyanto,SKM.,MARS., dan Ibu Dr, drg. Nyoman Anita Damayanti, MS selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan dan saran untuk perbaikan penulisan tesis ini.
5. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan pada Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.
6. Seluruh dosen pengajar di Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmu dan bimbingannya sehingga saya bisa menyelesaikan pendidikan.
7. Rekan-rekan seangkatan dan seperjuangan yang telah memberikan semangat dan bantuannya selama proses pendidikan dan dalam penyelesaian tesis ini.
8. Mbak Ira dan kawan-kawan selaku staf administrasi Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang telah membantu selama berlangsungnya proses pendidikan.
9. Semua pihak yang telah membantu selama saya menempuh pendidikan dan dalam penyelesaian tesis ini yang tidak mungkin disebut satu per satu.
10. Suami tercinta, dr Jemmy T dan ananda Zefanya Aristawidya Putri tercinta atas kerelaannya memberi kesempatan kepada mama untuk melanjutkan studi dan juga telah memberi perhatian dan doa, bantuan, dorongan, dan semangat selama pendidikan sampai selesainya tesis ini.

Surabaya, Agustus 2006

Peneliti

## RINGKASAN

**Upaya peningkatan kualitas pelaksanaan imunisasi berdasarkan analisis karakteristik petugas kesehatan dan pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi (Studi kasus di Kabupaten Pamekasan)**

Latar belakang penelitian ini adalah cakupan program imunisasi sudah mencapai target (> 80%) tetapi kualitas pelaksanaan masih belum optimal yaitu dengan ditemukannya kasus polio karena *Vaccine Derived Polio Virus (VDPV)* sebesar 45,11 % dan karena *Virus Polio Liar (VPL)* sebesar 9,68% dari kasus *AFP* yang ditemukan di Kabupaten Pamekasan pada tahun 2005.

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk menyusun upaya peningkatan kualitas pelaksanaan program imunisasi berdasarkan karakteristik petugas dan pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi. Dan secara khusus bertujuan untuk menganalisis karakteristik koordinator imunisasi Puskesmas, kemampuan Kepala Puskesmas dan koordinator imunisasi Kabupaten dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi, menganalisis pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten, menganalisis kendala dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi serta menyusun upaya peningkatan kualitas pelaksanaan imunisasi berdasarkan analisis karakteristik petugas dan pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi

Rancangan penelitian ini adalah survey dengan pendekatan *cross sectional*. Lokasi penelitian di 20 Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten. Pengumpulan data dilakukan selama 2 bulan yaitu bulan Mei – Juni 2006 dengan responden koordinator imunisasi Puskesmas, Kepala Puskesmas dan koordinator imunisasi Kabupaten. Besar sampel sebanyak 42 orang, yang terdiri dari 20 orang koordinator imunisasi Puskesmas, 20 orang Kepala Puskesmas dan 2 orang koordinator imunisasi Kabupaten.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1). Pengetahuan Koordinator imunisasi Puskesmas jelek dalam hal aspek medik yaitu gejala polio, pemberian polio pada anak diare dan dalam hal aspek manajemen yaitu strategi eradikasi polio, dan tujuan PWS imunisasi. 2). Pelatihan yang diterima oleh Koordinator imunisasi Puskesmas belum optimal, 3). Sikap Koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi adalah baik, 4). Motivasi Koordinator imunisasi Puskesmas rendah karena tidak ada penilaian prestasi kerja, tidak ada pengakuan atas hasil kerja, tidak ada kesempatan melanjutkan pendidikan, tanggungjawab berat, kebijakan yang kurang operasional, rendahnya insentif yang diterima dan kondisi kerja yang kurang mendukung, 5). Adanya beban kerja tambahan mengganggu tugas pokok dan fungsi sebagai koordinator imunisasi Puskesmas, 6). Koordinator imunisasi Puskesmas, Kepala Puskesmas dan Koordinator Imunisasi Kabupaten mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi, 7). Kualitas pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Pamekasan belum optimal, dalam fungsi penggerakan pelaksanaan (P2), yaitu koordinasi, supervisi, akuntabilitas dan fungsi penilaian (P3) yaitu monitoring dan evaluasi. 8). Kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi antara lain tidak adanya data riil dilapangan, sarana kurang, sasaran sering tidak datang dan kerjasama serta kepedulian lintas sektor kurang,

Dalam upaya peningkatan kualitas pelaksanaan imunisasi maka rekomendasi yang diberikan adalah sebagai berikut : (1). Peningkatan pengetahuan coordinator imunisasi dengan cara : a).Penataan *job description*, b) *Updating* pengetahuan, (2). Peningkatan motivasi coordinator imunisasi dengan cara : a). Pembagian insentif berdasarkan beban kerja, b). adanya pengaturan ruang kerja dan penambahan fasilitas, c). Perlu ada penilaian prestasi kerja, d).Perlu dibudayakan pemberian penghargaan, e). Dukungan dari Kepala Puskesmas dalam bentuk supervisi dan evaluasi. (3). Mengoptimalkan fungsi Perencanaan (P1) program imunisasi dengan cara; a). Kepala Dinas dan Kepala Puskesmas harus lebih peka terhadap validitas data, b).Menyusun perencanaan harus melewati tahap-tahap perencanaan, (4). Mengotimalkan fungsi Pergerakan pelaksanaan (P2) dengan cara : a). Pelaksanaan supervisi lebih optimal dengan cara : 1).Menyusun *check list* untuk supervisi, 2). Kepala Puskesmas dan Koordinator imunisasi Kabupaten pada waktu supervisi lebih banyak memberikan petunjuk tentang peningkatan kualitas pelaksanaan imunisasi, 3).Supervisi masalah manajemen program dilakukan oleh Kepala Puskesmas, sedangkan supervisi tehnis dilakukan oleh supervisor Dinas Kesehatan, 4).Supervisi secara terpadu dengan program lain, sehingga dana gabungan dapat digunakan untuk menambah frekuensi supervise, 5).Kepala Puskesmas dan Supervisor Kabupaten perlu dibekali ketrampilan berinteraksi agar materi dan tujuan supervisi dapat efektif, 2.).Membangun *networking* terutama dengan tokoh masyarakat. (5). Mengotimalkan pelaksanaan fungsi penilaian (P3) dengan cara : a).Perlu penilaian kinerja dari Kepala Dinas terkait dengan program imunisasi, b).Kepala Puskesmas turut diundang saat Evaluasi PWS Imunisasi, (6). Mengeliminasi kendala dengan cara :Sarana Prasarana dipenuhi oleh Kabupaten dan swadaya dari Puskesmas,





## SUMMARY

### **The Effort on the Increase Quality of Applying Immunization based on the characteristic of health officer and applying management function of immunization program (Case study in Pamekasan district)**

The background of this research is the fact that immunization program coverage is already in high number (80%) but the quality of the coverage still far from optimal condition, indicated by the findings of polio cases by *VDPV* 45,11% and *VPL* 9,68% from AFP case that founded in Pamekasan district in 2005.

The general objective of this study is to set an effort to increase quality of applying immunization based on the characteristics of health officer and applying management function of immunization program. The specific objective of this study is to analyze characteristics of immunization coordinator in Public Health Center, ability of head in Public Health Center and immunization program coordinator of the district in applying management function of immunization program, to analyze applying management function of immunization program and to analyze the problems in applying the function of immunization program management.

This is a cross-sectional descriptive study conducted from May to June 2006. The research location is all (20) of the Public Health Center in Pamekasan District and District Health office. The respondents are immunization program coordinator of Public Health Center, head in Public Health Service and immunization program coordinator of the district. The population samples are: 20 immunization program coordinator of Public Health Center, 20 head of Public Health Center and 2 immunization program coordinator of the district

The results of the study shows : 1) The coordinator of immunization program in Public Health Center do not fully understand in applying the function of immunization program management especially for medical and management aspect, 2). The training that they have already received still far from optimal, 3). The coordinator of immunization program in Public Health Center shows positive attitude, 4). The motivation of immunization program coordinator in Public Health Center still low because there are no performance appraisal, no recognition for job output, no chance to continue education, hard responsibility, the policy still no operational, the incentive that they had been received is low and the situation of working area is not conducive, 5). The added of work load is disturbed of job description, 6). Health officer are capable to do the function of immunization program management, 7). Quality of applying management function of immunization program still far from optimal condition, especially for function of actuating (P2) including coordination, supervision and accountability and function of controlling (P3) including monitoring and evaluation, 8). The problems in applying management function are there is no real data, the distribution device is low, the target did not come to the service point (posyandu) and the trans sector is less in attention.

Recommendations based on the researcher's analysis and the result of Focus Group Discussion (FGD) which result from strategic issue that is useful for the effort on the increase quality of applying Immunization are : (1). to increase of knowledge by : a). set up job description and b). update the immunization program management knowledge, (2).

to increase motivation by : a). giving work load based insentive, b). setting working area an adding fasilitas, c). performance appraisal, d).giving award to the good health officer, e). support, supervision and evaluation from head of Public health center, (3). to optimize planning function (P1) by : a) the head of Dinkes and head of Public health center more sensitive about data validity, b).to set a planning must be pass step of planning, (4) to optimize actuating function (P2) that are : a). More optimal supervision are 1). perform based on the check list, 2).head of public health center and the coordinator of immunization program in their supervision give more direction about quality improvement of immunization, 3). to solve problem of manajemen by head of Public health center and problem of immunization technic by supervisor from district, 4).being integrated with other program so it's possible to add frequency of supervision and 5).Head of Public Health center and district supervisor are needed to be given public relation skill to make supervision material and its goal can be effective, b). To build networking especially with tokoh masyarakat. (5). to optimize of controlling function (P3) are performance appraisal of immunization program from head of Dinkes, Head of Public health center are invited in PWS immunization evaluation meeting, (6). To eliminir handicap are completely facility of immunization by inas Kesehatan and swadaya Public health center.



## ABSTRACT

### **The Effort on the Increase Quality of Applying Immunization based on the characteristic of health officer and applying management function of immunization program (Case study in Pamekasan district)**

The background of this research is the fact that immunization program coverage is already in high number (80%) but the quality of the coverage still far from optimal condition, indicated by the findings of polio cases by *VDPV* 45,11% and *VPL* 9,68% from AFP case that founded in Pamekasan district in 2005.

The general objective of this study is to set an effort to increase quality of applying immunization based on the characteristics of health officer and applying management function of immunization program.

This is a cross-sectional descriptive study conducted from May to June 2006. The research location is all (20) of the Public Health Center in Pamekasan District and Dinkes. The respondents are immunization program coordinator of Public Health Center, head in Public Health Service and immunization program coordinator of the district. The population samples are: 20 immunization program coordinator of Public Health Center, 20 head of Public Health Center and 2 immunization program coordinator of the district

The results of the study shows are : 1)The coordinator of immunization program in Public Health Center doesn't fully understand in applying the function of immunization program management especially for medic and management aspect, 2). The training that they already had been received still far from optimal, 3). The coordinator of immunization program in Public Health Center shows positive attitude, 4). The motivation of immunization program coordinator in Public Health Center still low because there are no performance appraisal, no recognition for job output, no chance to continue education, hard responsibility, the policy still no operational, the isentive that they had been receiveid is low and the situation of working area is not condusive, 5). The added of work load is disturbed of job desription, 6). Health officer are capable to do the function of immunization program management, 7). Quality of applying management function of immunization program still far from optimal condition, especially for function of actuating (P2) and fuction of controlling (P3), 8). The problems in applying management function are there is no real data, the distribution device is low, the target did not come to the service point (posyandu) and the trans sector is less in attention.

keyword : immunization, quality of applying, increase

**DAFTAR ISI**

	<b>Halaman</b>
Sampul depan .....	i
Sampul dalam .....	ii
Prasyarat Gelar .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Panitia Penguji .....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
Ringkasan .....	viii
Summary .....	x
Abstract .....	xii
DAFTAR ISI .....	xiii
DAFTAR TABEL .....	xvi
DAFTAR GAMBAR .....	xix
DAFTAR LAMPIRAN .....	xx
DAFTAR ISTILAH .....	xxi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Penyebab Masalah .....	9
1.3 Rumusan Masalah .....	15
1.4 Tujuan Penelitian .....	16
1.4.1 Tujuan Umum .....	16
1.4.2 Tujuan Khusus .....	16
1.5 Manfaat Penelitian .....	17
1.5.1 Bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas.....	17
1.5.2 Bagi masyarakat.....	17
1.5.3 Bagi peneliti .....	18
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>17</b>
2.1 Manajemen Operasional Program Imunisasi .....	19
2.2 Strategi Eradikasi Polio Global di Indonesia .....	47
2.3 Vaccine Derived Polio Virus (VDVP) .....	48

2.4	Kinerja .....	49
2.4.1	Pengertian Kinerja.....	49
2.4.2	Teori Kinerja.....	50
2.4.3	Pengukuran Kinerja.....	51
2.4.4	Faktor yang mempengaruhi Kinerja.....	52
2.5	Pengetahuan.....	55
2.6	Pelatihan .....	57
2.7	Sikap.....	58
2.8	Motivasi.....	62
2.9	Koordinasi.....	67
2.10	Supervisi.....	69
2.11	<i>Focus Group Discussion</i> .....	72
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>74</b>
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>76</b>
4.1	Rancangan Penelitian .....	76
4.2	Populasi dan Sampel .....	76
4.2.1	Populasi .....	76
4.2.2	Sampel .....	76
4.2.2.1	Besar sampel .....	76
4.3	Variabel Penelitian dan definisi operasional variabel .....	77
4.4	Kerangka Operasional. ....	85
4.5	Instrumen Penelitian .....	87
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	87
4.7	Pengumpulan Data .....	87
4.8	Teknik Analisa Data .....	87
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN .....</b>	<b>89</b>
5.1	Gambaran Umum .....	89
5.1.1	Gambaran Umum Kabupaten.....	89
5.1.2	Gambaran Sumberdaya kesehatan.....	90
5.2	Gambaran Umum Subyek Peneliti.....	91
5.3	Karakteristik koordinator Program imunisasi.....	94
5.3.1	Pengetahuan.....	94

5.3.2	Pelatihan Imunisasi.....	94
5.3.3	Sikap.....	96
5.3.4	Motivasi .....	96
5.3.5	Kemampuan.....	99
5.3.6	Beban Kerja.....	100
5.4	Kemampuan responden dalam pelaksanaan fungsi Manajemen program imunisasi .....	101
5.4.1	Kemampuan Koordinator Imunisasi Kabupaten.....	101
5.4.2	Kemampuan Kepala Puskesmas.....	102
5.5	Pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.....	103
5.5.1	Perencanaan (P1).....	103
5.5.2	Penggerakan Pelaksanaan (P2).....	104
5.5.3	Penilaian (P3).....	109
5.6	Kendala dalam pelaksanaan fungsi manajemen.....	111
5.7	Isu Strategis .....	114
5.8	Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) .....	115
5.9	Rekomendasi Upaya Peningkatan Kualitas Imunisasi	118
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>110</b>
6.1	Karakteristik Koordinator Imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen imunisasi.....	121
6.2	Kemampuan Koordinator Imunisasi Kabupaten dalam pelaksanaan fungsi manajemen imunisasi.....	131
6.3	Kemampuan Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen imunisasi.....	132
6.4	Pelaksanaan fungsi Manajemen dan kendala yang ditemui.....	132
6.6	Rekomendasi Upaya Peningkatan Kualitas Imunisasi .....	143
<b>BAB 7</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>150</b>
7.1	Kesimpulan .....	150
7.2	Saran .....	152
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>154</b>

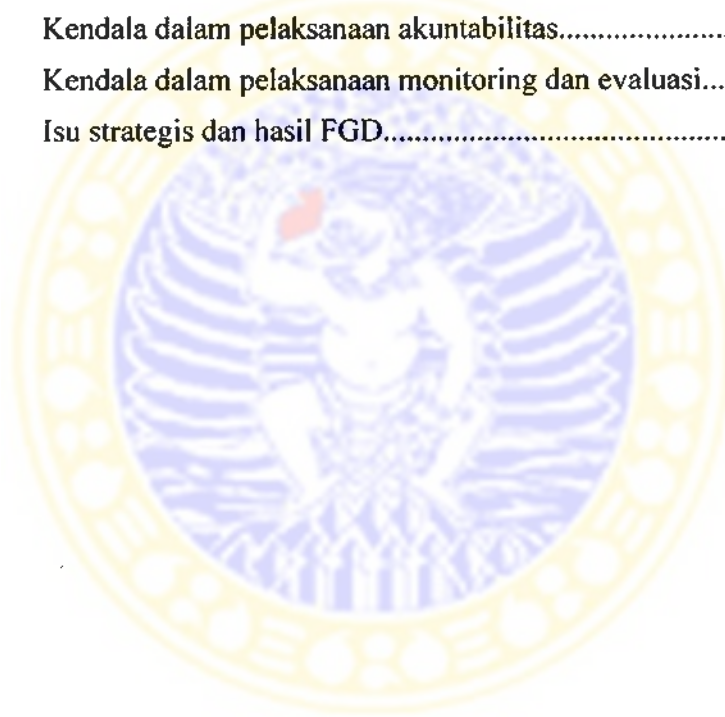
## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 1.1	Pencapaian UCI Desa Propinsi Jawa Timur tahun 2002-2004.....	3
Tabel 1.2	Cakupan PIN Propinsi Jawa Timur tahun 1997,2002 & 2005.....	4
Tabel 1.3	Cakupan UCI Desa di Kabupaten Pamekasan tahun 2002-2004.....	4
Tabel 1.4	Cakupan PIN Kabupaten Pamekasan tahun 1997,2002 & 2005.....	5
Tabel 1.5	Data Kasus <i>AFP</i> di Kabupaten Pamekasan tahun 2005.....	6
Tabel 1.6	Kasus <i>AFP</i> berdasarkan hasil laboratorium.....	6
Tabel 1.7	Desa, Kecamatan dan Puskesmas asal penderita polio karena <i>VDPV</i> dan <i>VPL</i> di Kabupaten Pamekasan.....	7
Tabel 1.8	Status imunisasi penderita polio karena <i>VDPV</i> dan <i>VPL</i> di Kabupaten Pamekasan 2005.....	8
Tabel 5.1	Distribusi Penduduk Kabupaten Pamekasan Menurut Golongan umur tahun 2005.....	90
Tabel 5.2	Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Pamekasan tahun 2005.....	90
Tabel 5.3	Jenis tenaga kesehatan di Puskesmas Kabupaten Pamekasan tahun 2005.....	91
Tabel 5.4	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin tahun 2006	92
Tabel 5.5	Distribusi responden berdasarkan umur tahun 2006.....	92
Tabel 5.6	Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan.....	93
Tabel 5.7	Distribusi responden berdasarkan masa kerja tahun 2006.	94
Tabel 5.8	Distribusi koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan pengetahuan di Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	95
Tabel 5.9	Distribusi pelatihan imunisasi Koordinator imunisasi Puskesmas Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	95
Tabel 5.10	Distribusi Koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan Sertifikat yang diterima	96

Tabel 5.11	Distribusi Koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan Sikap dalam hal pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	97
Tabel 5.12	Distribusi motivasi pada koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	98
Tabel 5.13	Distribusi Koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan kemampuan dalam hal pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan 2006.....	99
Tabel 5.14	Distribusi Koordinator Imunisasi Puskesmas berdasarkan beban kerja di Puskesmas Kabupaten Pamekasan Tahun 2006.....	100
Tabel 5.15	Persepsi responden terhadap beban kerja tambahan selain tugas pokok dan fungsinya di Puskesmas Kabupaten Pamekasan Tahun 2006 .....	100
Tabel 5.16	Distribusi Koordinator Imunisasi Kabupaten berdasarkan kemampuan dalam hal pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	101
Tabel 5.17	Distribusi Kepala Puskesmas berdasarkan kemampuan dalam hal pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	102
Tabel 5.18	Kegiatan Perencanaan program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	103
Tabel 5.19	Kegiatan Perencanaan program imunisasi Puskesmas di Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	104
Tabel 5.20	Kegiatan pengelolaan coldchain di Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	104
Tabel 5.21	Kegiatan pengelolaan coldchain di Puskesmas Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	105
Tabel 5.22	Kegiatan persiapan petugas dan persiapan masyarakat di Puskesmas kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	106
Tabel 5.23	Dukungan dan kerjasama dari lintas program dan lintas sektor dalam pelaksanaan program imunisasi di Puskesmas dan Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	107
Tabel 5.24	Hal-hal yang dikoordinasikan dalam pelaksanaan program imunisasi.....	107
Tabel 5.25	Supervisi atasan pada koordinator imunisasi puskesmas dalam pelaksanaan program imunisasi tahun 2006.....	108



Tabel 5.26	Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan hasil pelaksanaan program imunisasi di Puskesmas Kabupaten Pamekasan tahun 2006.....	106
Tabel 5.27	Kegiatan monitoring pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006 .....	109
Tabel 5.28	Distribusi Kepala Puskesmas dalam melakukan evaluasi pelaksanaan program imunisasi di Puskesmas Kabupaten pamekasan tahun 2006.....	110
Tabel 5.29	Kendala dalam Perencanaan.....	111
Tabel 5.30	Kendala dalam Pengelolaan coldchain.....	112
Tabel 5.31	Kendala dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi.....	112
Tabel 5.32	Kendala dalam pelaksanaan koordinasi.....	113
Tabel 5.33	Kendala dalam pelaksanaan akuntabilitas.....	113
Tabel 5.34	Kendala dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi.....	113
Tabel 5.35	Isu strategis dan hasil FGD.....	115



## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>	
Gambar 1.1	Beberapa faktor penyebab yang kemungkinan berpengaruh terhadap kurang optimalnya kualitas cakupan imunisasi polio di Kabupaten Pamekasan.....	9
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian .....	74
Gambar 4.1	Kerangka Operasional .....	85
Gambar 6.1	Variabel sumberdaya manusia yang menyebabkan kurang optimalnya kualitas pelaksanaan imunisasi.....	121



## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1 Daftar Pertanyaan untuk Koordinator Imunisasi Kabupaten.....	157
Lampiran 2 Daftar Pertanyaan untuk Kepala Puskesmas .....	164
Lampiran 3 Daftar Pertanyaan untuk Koordinator Imunisasi Puskesmas ...	174
Lampiran 4 Panduan FGD .....	186
Lampiran 5 Rangkuman hasil FGD .....	193



## DAFTAR ISTILAH

1. *Universal Child Immunization* yang selanjutnya disebut UCI adalah suatu keadaan tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada semua bayi. Bayi adalah anak dibawah umur 1 tahun.
2. *MOOPING UP* adalah suatu upaya yang harus segera dilaksanakan bila ditemukan virus polio liar pada spesimen penderita *AFP* untuk memutuskan rantai penularan dalam wilayah terbatas (kabupaten) dengan pemberian 2 kali imunisasi polio dalam interval 1 bulan secara serempak pada seluruh sasaran umur 0-5 tahun
3. Kasus *AFP* adalah penderita lumpuh layuh akut seperti gejala kelumpuhan pada polio yang terjadi pada anak dibawah umur 15 tahun
4. *VDPV (Vaccine derived Polio Virus)*
5. Positip vaksin adalah hasil pemeriksaan laboratorium yang menyatakan bahwa kelumpuhan yang terjadi karena vaksin
6. *PENDING ITD* adalah proses pemeriksaan specimen dari BLK Surabaya ke Biofarma untuk mengetahui penyebab kelumpuhan dari vaksin atau polio liar
7. *VPL* : Virus Polio liar
8. KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam waktu tertentu
9. *COLD CHAIN* (rantai vaksin) adalah pengolaan vaksin sesuai dengan prosedur untuk menjaga vaksin tersimpan pada suhu dan kondisi yang telah ditetapkan.
10. Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan menderita penyakit tersebut.
11. 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.

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang Masalah

Imunisasi sebagai salah satu upaya preventif untuk mencegah penyakit melalui pemberian kekebalan tubuh harus dilaksanakan secara terus menerus, menyeluruh dan dilaksanakan sesuai standar sehingga mampu memberikan perlindungan kesehatan dan memutus mata rantai penularan (Depkes RI,2004).

Upaya imunisasi di Indonesia telah diselenggarakan 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.(Depkes RI, 2002).

Mulai tahun 1977, upaya imunisasi diperluas menjadi Program Pengembangan Imunisasi dalam rangka pencegahan penularan terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) yaitu TBC, difteri, pertusis, campak, polio, tetanus serta hepatitis B. Dengan upaya imunisasi pula, sejak tahun 1995 tidak ditemukan lagi virus polio liar di Indonesia. Hal ini sejalan dengan Program Eradikasi Polio (ERAPO). (Depkes RI,2004)

Cakupan program yang tinggi menuntut kualitas program yang tinggi pula. Salah satu kebijakan program imunisasi yaitu penggunaan satu jarum dan satu spuit. steril untuk setiap suntikan, diterapkan sebagai kebijakan umum dalam pelayanan

kesehatan. Disamping itu terlaksananya fungsi manajemen program imunisasi yang baik akan menunjang untuk tercapainya kualitas program imunisasi

Tujuan umum penyelenggaraan program imunisasi adalah turunnya angka kematian bayi akibat Penyakit yang dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), dan tujuan khususnya adalah :

1. Tercapainya *Universal Child Immunization* yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di 100% desa/kelurahan pada tahun 2010
2. Tercapainya eliminasi tetanus maternal dan neonatal (insidens dibawah 1 per 1.000 kelahiran hidup) pada tahun 2005
3. Tercapainya pemutusan rantai penularan poliomyelitis pada tahun 2004-2005, serta sertifikasi bebas polio pada tahun 2008.
4. Tercapainya reduksi campak (RECAM) pada tahun 2005 (Depkes, 2004).

Dalam upaya mencapai tujuan Eradikasi Polio, pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya yaitu :

1. Meningkatkan cakupan imunisasi rutin merata sampai ketingkat desa (UCI Desa)
2. Melaksanakan Pekan Imunisasi Nasional (PIN)
3. Melaksanakan *Mopping – up*
4. Surveilans AFP dan surveilans virus polio liar.

Namun kenyataannya, program Eradikasi Polio secara regional mengalami *setback* pada April 2005, untuk pertama kalinya dalam 10 tahun, jaringan surveilans di Indonesia mendeteksi dan melaporkan kasus polio liar tipe 1 di desa Giri Jaya, kecamatan Cidahu, Kabupaten Sukabumi Jawa Barat. Kasus lumpuh karena virus

polio liar tersebut menimpa pada anak umur 22 bulan 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 95,8 %.

Cakupan imunisasi rutin yang tinggi dan merata bertujuan untuk memberikan perlindungan pada anak. Cakupan imunisasi rutin secara Nasional dalam tiga tahun terakhir telah mencapai lebih dari 90% namun belum merata di semua desa. Hal ini ditunjukkan dengan pencapaian UCI Desa belum mencapai 80% atau lebih. (Depkes, 2005)

Di Propinsi Jawa Timur rata-rata pencapaian UCI Desa tahun 2002 sampai dengan tahun 2004 dapat dilihat pada tabel 1.1 berikut ini :

**Tabel 1.1** Pencapaian UCI Desa Propinsi Jawa Timur tahun 2002 sampai dengan tahun 2004

No.	Tahun	%
1	2002	85,7
2	2003	86,1
3	2004	54,0

Sumber : Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

Pada tahun 2002 dan 2003, pencapaian UCI desa telah melebihi target sebesar 80%, karena indikator yang dipakai adalah pemberian imunisasi campak. Karena pemberian imunisasi campak diberikan terakhir kali, maka otomatis dianggap sasaran telah menerima imunisasi dasar lainnya. Namun pada tahun 2004 pencapaiannya baru 54,0%, ini dikarenakan indikator yang dipakai sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal atau SPM berupa pemberian imunisasi dasar lengkap meliputi , 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 3 dosis Hepatitis B dan 1 dosis Campak.

Sedangkan untuk kegiatan imunisasi tambahan seperti PIN yang dilaksanakan pada tahun 1997, 2002 dan 2005, hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 1.2** Cakupan PIN Propinsi Jawa Timur tahun 1997, 2002 dan 2005

No.	TAHUN	PIN I (%)	PIN II (%)
1	1997	106,94	106,62
2	2002	105,11	107,61
3	2005	106,6	108,22

Sumber : Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

Berdasarkan tabel 1.2, dapat dilihat bahwa rata-rata cakupan PIN Propinsi Jawa Timur telah mencapai lebih dari 100%, melebihi target Nasional sebesar lebih dari 90%.

KLB polio juga terjadi di Provinsi Jawa Timur, yaitu di seluruh Kabupaten pulau Madura pada tahun 2005. Kasus *Accute Flaccid Paralyse (AFP)* pertama kali dilaporkan di Kabupaten Pamekasan pada bulan Januari tahun 2005 sebanyak 2 orang, Kasus *AFP* adalah penderita lumpuh layuh akut seperti gejala kelumpuhan pada polio yang terjadi pada anak dibawah umur 15 tahun.

Bila dilihat cakupan UCI Desa Kabupaten Pamekasan tahun 2002 sampai dengan tahun 2004, hasilnya telah mencapai > 80%. Selengkapnya hasil pencapaian UCI Desa dalam tiga tahun terakhir di Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 1.3.** Cakupan UCI Desa di Kabupaten Pamekasan tahun 2002 sampai dengan tahun 2004

No.	Tahun	Jumlah Desa	UCI Desa	Non UCI Desa
1.	2002	189	93,1%	12,17%
2.	2003	189	86,8%	13,23%
3.	2004	189	84,66%	15,34%

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan 2005



Walaupun telah melebihi target, terjadi penurunan cakupan UCI desa dari tahun 2002 sampai dengan tahun 2004. Hal ini disebabkan karena tahun 2002 dan 2003 indikator UCI desa yang dipakai adalah indikator campak, sedangkan tahun 2004 adalah indikator SPM.

Sedangkan untuk hasil cakupan PIN tahun 1997, 2002 dan 2005 di Kabupaten Pamekasan dapat dipelajari pada tabel 1.4 sebagai berikut:

**Tabel 1.4** Cakupan PIN Kabupaten Pamekasan tahun 1997, 2002 dan 2005

No.	TAHUN	PIN I (%)	PIN II (%)
1	1997	106,29	108,82
2	2002	104,8	106,7
3	2005	121,4	124,08

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan 2005

Berdasarkan tabel 1.4, didapatkan bahwa cakupan PIN di Kabupaten Pamekasan telah melebihi cakupan rata-rata Propinsi Jawa Timur. Hal ini berarti bahwa semua balita di Kabupaten Pamekasan telah mendapatkan imunisasi Polio.

Kasus *Accute Flaccid Paralyse* (AFP) di Kabupaten Pamekasan, yang pertama kali dilaporkan pada bulan Januari tahun 2005, jumlahnya meningkat pada bulan-bulan selanjutnya. Distribusi kasus AFP di Kabupaten Pamekasan pada tahun 2005 dapat dilihat pada tabel 1.5

**Tabel 1.5** Distribusi kasus *AFP* di Kab. Pamekasan tahun 2005.

No.	BULAN	JUMLAH
1	Januari	2
2	Pebruari	1
3	Maret	0
4	April	0
5	Mei	0
6	Juni	2
7	Juli	12
8	Agustus	6
9	September	4
10	Oktober	4
11	Nopember	0
12	Desember	0
	<b>JUMLAH</b>	<b>31</b>

Sumber : Dinas Kesehatan Kab.Pamekasan tahun 2005

Dari tabel 1.5 dapat diketahui bahwa peningkatan jumlah kasus terjadi pada bulan Juli 2005 yaitu dengan ditemukannya 12 kasus *AFP* . Dari ke 31 kasus *AFP* tersebut setelah dilakukan pemeriksaan laboratorium didapatkan diagnosa kasus *AFP*, seperti pada tabel 1.6 berikut :

**Tabel 1.6** Kasus *AFP* berdasarkan hasil laboratorium di Kabupaten Pamekasan pada tahun 2005

No.	kasus <i>AFP</i>	JUMLAH	
		Nilai	(%)
1	<i>VDPV</i>	14	45,16%
2	Dalam proses	5	16,13%
3	Pending ITD	0	0%
4	Negatif	13	41,93%
5	Positip polio vaksin	1	3,22%
6	<i>VPL</i>	3	9,68%
7	Meninggal	1	3,22%
	<b>JUMLAH</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan 2005

Dari tabel 1.6 dapat diketahui bahwa hasil laboratorium pada 31 kasus *AFP* yang ditemukan, terbanyak disebabkan karena *VDPV* atau *vaccine derived polio virus* yaitu sebesar 14 kasus atau 45,16% dan 3 kasus atau 9,68% disebabkan karena *VPL* atau virus polio liar.

Berdasarkan lokasi penyebarannya, bila ditinjau dari Desa, Kecamatan dan Puskesmas asal penderita *AFP* karena *VDVP* dan *VPL* di kabupaten Pamekasan tahun 2005 dapat dipelajari pada tabel 1.7 dibawah ini :

**Tabel 1.7** Desa, Kecamatan dan Puskesmas asal penderita *AFP* karena *VDVP* dan *VPL* di kabupaten Pamekasan tahun 2005

No	Nama Kecamatan	Nama Puskesmas	Nama Desa	Jenis Kasus	Jumlah kasus
1	Tlanakan	Tlanakan	Brantatinggi	<i>VDPV</i>	1
2	Proppo	Panaguan	Srambah	<i>VDPV</i>	1
		Proppo	Klampar	<i>VDPV</i>	1
3	Palengaan	Palengaan	Banyupele	<i>VDPV</i>	1
			Palengaan Laok	<i>VPL</i>	2
			Palengaan Daja	<i>VPL</i>	1
4	Pegantenan	Pegantenan	Palesanggar	<i>VDPV</i>	2
			Pasenger	<i>VDPV</i>	1
			Tanjung	<i>VDPV</i>	2
5	Pasean	Pasean	Tagangser	<i>VDPV</i>	1
			Sanatengah	<i>VDPV</i>	1
6	Batumarmar	Batumarmar	Batubintang	<i>VDPV</i>	1
			Pojanan Timur	<i>VDPV</i>	1
			Bujur Barat	<i>VDPV</i>	1
<b>JUMLAH</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>14</b>		<b>17</b>

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan 2005

Dari table 1.7 dapat dipelajari bahwa 14 anak dengan kasus *AFP* karena *VDPV* tersebut tersebar di 14 desa pada 6 Kecamatan. Dari 6 kecamatan tersebut bila ditinjau dari lokasi Puskesmasnya tersebar di 7 Puskesmas yaitu Puskesmas Tlanakan, Panaguan, Proppo, Palengaan, Pegantenan, Pasean dan Puskesmas

Batumarmar. Sedangkan 3 anak dengan kasus *AFP* karena *VPL* tersebar di 2 desa pada 1 kecamatan yaitu pada 1 Puskesmas yaitu Puskesmas Palengaan.

Pada penderita dengan kasus *AFP* karena *VDPV* dan *VPL* ini, jika dilihat status imunisasinya dapat dipelajari seperti tabel 1.8 dibawah ini :

**Tabel 1.8** Status imunisasi penderita *AFP* karena *VDPV* dan *VPL* di Kabupaten Pamekasan 2005

No	Nama Desa	Jumlah Penderita	Status Imunisasi	Keterangan
1	BrantaTinggi	1	Polio 1 X	Desa UCI
2	Palesanggar	2	tidak pernah	Desa non UCI
3	Tanjung	2	tidak pernah	Desa non UCI
4	BatuBintang	1	tidak pernah	Desa UCI
5	Pasenger	1	tidak pernah	Desa non UCI
6	BanyuPele	1	Polio 2 X	Desa UCI
7	Tagangser Daya	1	Polio 3 X	Desa UCI
8	Srambah	1	tidak pernah	Desa non UCI
9	Palengaan Laok	2	PIN 1X	Desa non UCI
10	Palengaan Daja	1	PIN 1X	Desa non UCI
11	Klampar	1	PIN 1X	Desa UCI
12	Bujur barat	1	tidak pernah	Desa UCI
13	Pojanan timur	1	PIN 2X	Desa UCI
14	Sana tengah	1	Tidak tercatat	Desa UCI
	JUMLAH	17		

Sumber data : Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan 2005

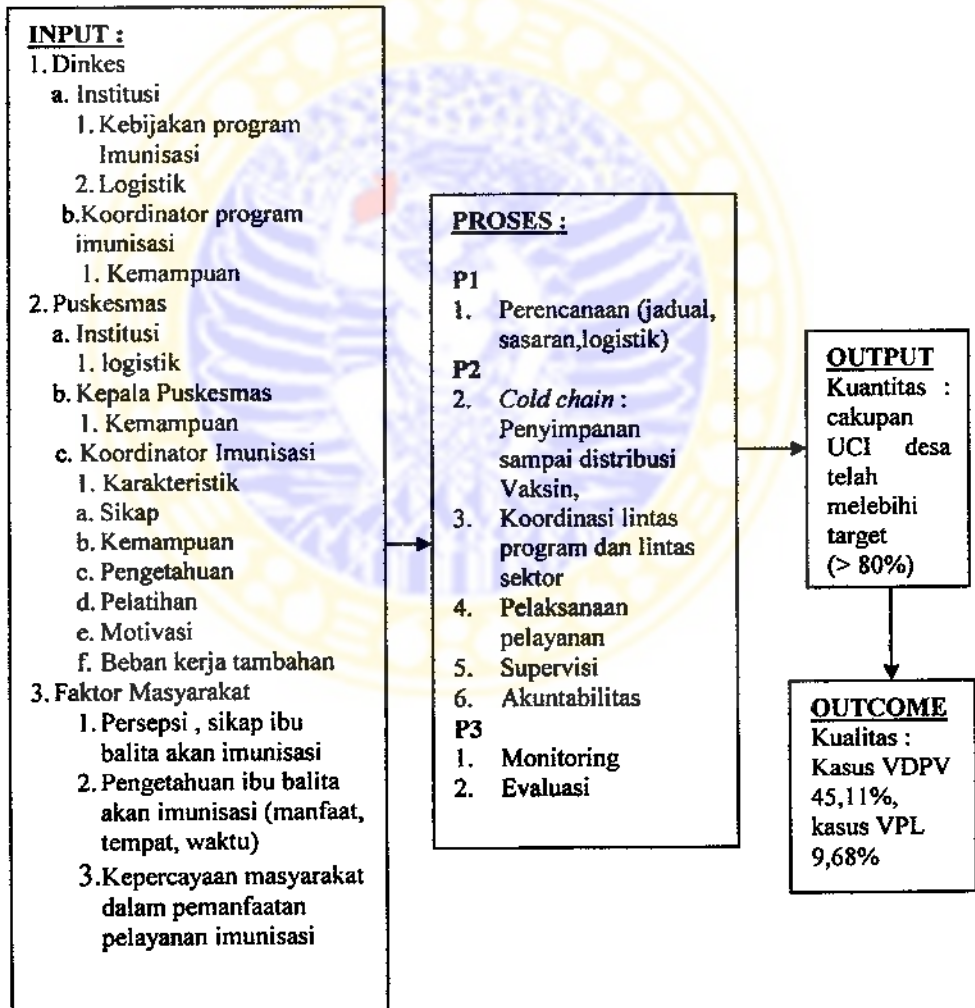
Dari tabel 1.8, ternyata hampir semua penderita sudah pernah mendapat imunisasi polio walaupun tidak secara lengkap, namun masih ada yang tidak pernah mendapatkan imunisasi sama sekali dan berada pada desa dengan status desa non UCI.

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas maka masalah penelitian ini adalah di Kabupaten Pamekasan pada tahun 2005, cakupan program imunisasi sudah mencapai lebih dari 80% target tetapi kualitas pelaksanaan program masih belum optimal yaitu dengan ditemukannya kasus polio karena *VDPV* sebesar 45,11

% dari kasus AFP yang ditemukan dan karena *VPL* sebesar 9,68% dari kasus AFP yang ditemukan

## 1.2 Kajian Masalah

Berdasarkan masalah tersebut diatas maka faktor yang mungkin menyebabkan kurang optimalnya pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Pamekasan adalah sebagai berikut:



Gambar 1.1. Beberapa faktor yang kemungkinan menyebabkan kurang optimalnya kualitas pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Pamekasan.

## 1. Dinas Kesehatan

### a. Kebijakan Program Imunisasi

Cakupan UCI Desa di Kabupaten Pamekasan pada tahun 2002 - 2004 telah mencapai  $> 80\%$  dan cakupan kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI) sebesar  $0\%$ . Sedangkan pelaksanaan surveilans AFP baik. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelaksanaan program imunisasi baik.

### b. Logistik

Pengertian logistik imunisasi adalah logistik yang memiliki manfaat langsung pada program imunisasi, dan tidak termasuk peralatan kantor. Logistik imunisasi terdiri dari barang habis pakai dan barang tidak habis pakai. Secara umum, logistik imunisasi di Kabupaten Pamekasan cukup dan dapat memenuhi semua kebutuhan di Puskesmas. Kurangnya logistik kemungkinan akan menyebabkan rendahnya kualitas pelaksanaan imunisasi.

### c. Pengelola Program Imunisasi di Kabupaten

Tugas dari Koordinator program Imunisasi adalah melakukan pencatatan dan pelaporan program, mengelola cold chain dari perencanaan sampai pendistribusian dan melakukan supervisi serta bimbingan teknis ke Puskesmas. Pelaksanaan program imunisasi akan berhasil apabila disertai dengan kemampuan yang tinggi dari Pengelola program Kabupaten. Kurangnya kemampuan dari pengelola program akan mempengaruhi hasil cakupan program imunisasi.

## 2. Puskesmas

### a. Kepala Puskesmas

Pelayanan Imunisasi akan berjalan baik apabila ada koordinasi, supervisi, dan pembinaan dari Kepala Puskesmas kepada Posyandu, Puskesmas pembantu dan Pondok bersalin desa (Polindes). Kurangnya koordinasi, supervisi dan pembinaan dari Kepala Puskesmas akan mempengaruhi kualitas pelaksanaan program imunisasi.

### b. Tenaga Pelaksana imunisasi Puskesmas

Sikap, kemampuan, pengetahuan, pelatihan, motivasi, masa kerja dan beban kerja tambahan dari petugas akan mempengaruhi kualitas pelaksanaan program imunisasi. Jumlah petugas imunisasi di Kabupaten Pamekasan sebanyak 20 orang tersebar di seluruh Puskesmas. Rata-rata pendidikan adalah SMA dan telah mendapatkan pelatihan imunisasi sebanyak 17 orang. Dari 20 orang petugas tersebut, yang merangkap sebagai perawat 2 orang dan sebagai sanitarian 1 orang.

## 3. Masyarakat

### a. Persepsi dan sikap ibu balita terhadap imunisasi

Suprihanto (2003) mendefinisikan persepsi sebagai proses di mana Individu memberi arti terhadap lingkungan. Sesuatu yang sama dilihat dengan cara yang berbeda maka akan dihasilkan arti yang berbeda. Sedangkan sikap adalah pernyataan yang bersifat evaluatif atau menunjukkan rasa suka atau tidak suka seseorang kepada suatu obyek atau kejadian. Sikap seseorang sangat dipengaruhi oleh persepsi.

Persepsi yang salah tentang imunisasi, kemungkinan akan menyebabkan sikap ibu untuk tidak mengimunitasikan balitanya.

b. Pengetahuan ibu balita thd imunisasi

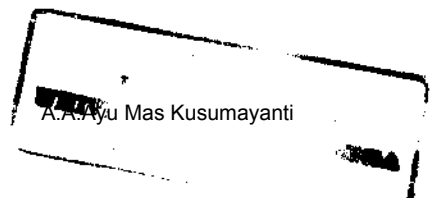
Menguasai pengetahuan tentang jadwal imunisasi, manfaat dan akibatnya bila tidak diberikan imunisasi, merupakan modal dasar untuk dapat mencegah terjadinya penyakit, sehingga jika ibu-ibu balita tidak menguasai pengetahuan tersebut tentu akan berpengaruh terhadap banyaknya kasus PD3I..

c. Kepercayaan masyarakat akan imunisasi

Jika masyarakat menganggap bahwa imunisasi adalah suatu pengobatan dengan menyuntikkan obat ke dalam tubuh yang mengakibatkan kelumpuhan, maka mereka tidak akan datang ke Puskesmas atau posyandu untuk mengimunitasi balitanya segera setelah lahir, walaupun imunisasi diberikan secara cuma-cuma. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap rendahnya cakupan imunisasi.

4. Perencanaan Pelayanan imunisasi

Perencanaan diperlukan agar tujuan program dapat dicapai dengan menggunakan sumberdaya yang tersedia dan memanfaatkan dana yang ada. Perencanaan meliputi jadwal pelayanan, menghitung sasaran, jumlah vaksin, peralatan vaksinasi serta menentukan sarana cold chain. Perencanaan yang tidak baik akan mempengaruhi kualitas pelaksanaan program imunisasi.





##### 5. *Cold chain*

Vaksin harus disimpan dalam keadaan dingin mulai dari pabrik pembuat vaksin sampai kepada penerima vaksin yaitu sasaran. Vaksin dibawa dari Propinsi ke Kabupaten Pamekasan sampai ke Puskesmas dengan menggunakan vaccine carrier atau cold box yang diangkut dengan kendaraan. Sesampainya di Puskesmas disimpan dalam lemari es. Penyimpanan vaksin pada suhu yang tepat yaitu 2-8°C sangat diperlukan agar vaksin setelah diberikan/disuntikkan akan memberikan perlindungan pada sasaran. Untuk memantau mutu vaksin dipergunakan grafik suhu lemari es. Oleh sebab itu keberadaan lemari es atau freezer adalah mutlak. Masing-masing Puskesmas di Kabupaten Pamekasan telah dilengkapi dengan lemari es dan freezer yang kondisinya cukup baik. Pengelolaan cold-chain yang buruk akan mempengaruhi kualitas pelaksanaan program imunisasi.

##### 6. Koordinasi lintas program dan lintas sektor

Dukungan, peran lintas program dan lintas sektor meliputi PKK, Departemen Agama, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan program imunisasi. Tanpa adanya dukungan dan peran dari lintas program dan lintas sektor akan mempengaruhi hasil cakupan imunisasi.

##### 7. Pelaksanaan pelayanan imunisasi

Pelayanan imunisasi akan berjalan baik apabila telah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dan ada koordinasi yang baik dari

Puskesmas dan lintas sektor. Pelayanan imunisasi tidak akan berjalan dengan baik apabila salah satu komponen tidak ada, dan tentunya hal ini akan mempengaruhi kualitas pelaksanaan program imunisasi.

#### 8. Supervisi

Tingginya cakupan saja tidak cukup untuk mencapai tujuan akhir program imunisasi yaitu menurunkan angka kesakitan dan kematian terhadap PD3I atau penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Cakupan yang tinggi harus disertai dengan mutu program yang tinggi pula. Supervisi dan pembinaan yang kontinyu sangat diperlukan untuk meningkatkan mutu program.

#### 9. Akuntabilitas

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. Di Kabupaten Pamekasan pencatatan dan pelaporannya cukup baik, hal ini dibuktikan dengan adanya data hasil cakupan imunisasi per Puskesmas/Desa, dari data stock vaksin dan data logistik dari tahun 2003-2005.

#### 10. Monitoring

Pemantauan merupakan kegiatan rutin mulai dari pengumpulan, pengolahan dan analisa data yang hasilnya kemudian untuk perbaikan program imunisasi Yang perlu dipantau adalah hasil vaksinasi, pengelolaan vaksin dan cold chain dengan alat ukur PWS imunisasi.

## 11. Evaluasi

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui hasil ataupun proses kegiatan bila dibandingkan dengan target atau yang diharapkan Di Kabupaten Pamekasan pelaksanaan evaluasi telah berjalan dengan baik, yang ditandai dengan pertemuan koordinator imunisasi seluruh Puskesmas di Kabupaten tiap tiga bulan sekali.

### 1.3 Batasan Masalah

Banyak faktor yang dapat menyebabkan kurang optimalnya kualitas cakupan imunisasi di Kabupaten Pamekasan, namun dalam penelitian hanya dibatasi pada faktor sumberdaya manusia dalam hal pelaksanaan program imunisasi.

### 1.4 Rumusan masalah

Dengan memperhatikan latar belakang masalah diatas, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

- 1 Bagaimana karakteristik (sikap, pengetahuan, pelatihan, kemampuan, , motivasi, dan beban kerja tambahan) koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi?
- 2 Bagaimana kemampuan dari koordinator imunisasi Kabupaten dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi?
- 3 Bagaimana kemampuan dari Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi?

- 4 Bagaimana pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi meliputi P1 (perencanaan), P2 ( pengelolaan *cold chain*, koordinasi lintas program dan lintas sektor, pelaksanaan pelayanan, supervisi, akuntabilitas) dan P3 (monitoring dan evaluasi) di Puskesmas dan Kabupaten?
- 5 Apa kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi meliputi P1 sampai P3 di Puskesmas dan Kabupaten?
- 6 Bagaimana upaya peningkatan kualitas pelaksanaan imunisasi berdasarkan analisis karakteristik petugas dan pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi?

#### 1.5. Tujuan Penelitian

##### a. Tujuan Umum

Menyusun upaya peningkatan kualitas pelaksanaan program imunisasi berdasarkan analisis karakteristik koordinator imunisasi Kabupaten, Kepala Puskesmas dan koordinator imunisasi Puskesmas dan pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi

##### b. Tujuan Khusus

1. Menganalisis karakteristik (sikap, pengetahuan, pelatihan, kemampuan, motivasi dan beban kerja tambahan) koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
2. Menganalisis kemampuan koordinator Imunisasi Kabupaten dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.

3. Menganalisis kemampuan Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.
4. Menganalisis pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi meliputi: P1 (perencanaan), P2 (pengelolaan *cold chain*, koordinasi lintas program dan lintas sektor, pelaksanaan pelayanan, akuntabilitas) dan P3 (monitoring dan evaluasi )di Puskesmas dan Kabupaten
5. Menganalisis kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi meliputi: P1-P3 di Puskesmas dan Kabupaten
6. Menyusun rekomendasi upaya peningkatan kualitas pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Pamekasan.

## 1.6 Manfaat

1. Bagi Dinkes Kabupaten dan Puskesmas
  - a. Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas, untuk meningkatkan kualitas cakupan imunisasi.
  - b. Sebagai masukan didalam menentukan strategi untuk eradikasi Polio di Pamekasan.
2. Bagi masyarakat

Terlaksananya pelayanan imunisasi yang berkualitas sehingga akan menurunkan morbiditas kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I)

### 3. Bagi Peneliti

Memberikan pengalaman dan wawasan dalam melakukan penelitian untuk menyusun suatu upaya peningkatan kualitas cakupan imunisasi dan sebagai sarana penerapan ilmu manajemen pelayanan kesehatan selama mengikuti pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Program Eradikasi Polio

##### 2.1.1. Penyakit Polio

Penyakit polio adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus polio, dan dapat mengakibatkan terjadinya kelumpuhan yang permanent. Walaupun penyakit ini dapat menyerang semua kelompok umur yang paling rentan adalah umur <3 tahun (50-70% dari semua kasus polio).

Virus masuk kedalam tubuh manusia melalui mulut dan berkembang biak di tenggorokan dan usus. Masa inkubasi polio adalah 4-35 hari. Virus akan dikeluarkan dari tubuh manusia secara intermitten melalui tinja selama beberapa minggu. Gejala awal polio meliputi demam, rasa lemah, sakit kepala, muntah, konstipasi, rasa nyeri pada tungkai, dan kadang-kadang disertai diare. Pada tahap selanjutnya, dimana virus sudah menyebar ke system saraf, penyakit ini biasa mengakibatkan kelumpuhan yang permanen sebagai akibat dari kerusakan sel-sel saraf yang diserangnya. Kelumpuhan yang permanen ini hanya terjadi pada < 1% orang yang terinfeksi . Pada > 90% orang yang terinfeksi, penyakit polio tidak menunjukkan gejala sakit atau hanya mengalami gejala-gejala klinis yang mirip flu. Keadaan ini menyebabkan virus polio dapat menyebar dengan cepat tanpa diketahui, karena sebagian besar anak yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala klinis yang jelas. Petugas kesehatanpun sulit mengetahui adanya penyebaran penyakit ini dengan segera, karena hanya sebagian kecil yang akan mengalami gejala paralisis.

## 1. 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 :

- a. Angka jumlah penduduk, pertambahan 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.
- b. 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 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.

## 2. Menentukan Target Cakupan

Penentuan target merupakan bagian yang penting dari perencanaan karena target dipakai sebagai salah satu tolok ukur dalam pelaksanaan, pemantauan



maupun evaluasi. Untuk mengurangi faktor subjektivitas diperlukan analisa situasi yang cermat.

## 2.1 Analisa Situasi

Untuk menunjang analisa situasi diperlukan data yang lengkap mengenai :

- a. Peta wilayah dengan jumlah penduduk/ sasaran.
- b. Data wilayah, jumlah tenaga, jumlah peralatan imunisasi, unti pelayanan imunisasi yang ada.
- c. Data kesakitan & kematian.
- d. Hasil analisa 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.

## 2.2 Menghitung Target

### 2.2.1 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 praktik swasta pada tahun sebelumnya serta ditambah jumlah target *sweeping*.
- b. Jumlah cakupan dari upaya menjangkau Wilayah III melalui kegiatan imunisasi tambahan tahun sebelumnya.

### 3. Perencanaan Kebutuhan Vaksin

Pada dasarnya perhitungan kebutuhan jumlah dosis vaksin berasal dari unit pelayanan imunisasi (Puskesmas).

Cara perhitungan berdasarkan :

- a. Jumlah sasaran imunisasi.
- b. Target cakupan yang diharapkan untuk setiap jenis imunisasi.
- c. Index pemakaian vaksin tahun lalu.

Untuk menghitung kebutuhan vaksin, 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 perhitungannya diatas diperoleh jumlah dosis “bersih” dari masing-masing antigen yang diperlukan untuk mencapai target. Dalam menjaga mutu pelayanan, program memperkenalkan kebijaksanaan untuk membuka vial/ampuh 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.

Perhitungkan kebutuhan vaksin untuk unit pelayanan imunisasi swasta, yang 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 dosis harus diterjemahkan kedalam satuan kemasan vial/ampul dan volume vaksin. Pada saat inilah pembulatan pembulatan keatas dari jumlah kemasan vaksin dilakukan setelah disesuaikan dengan volume penyimpangan vaksin setempat.

Puskesmas mengirimkan rencana kebutuhan vaksin ke kabupaten/kota. Kompilasi dilakukan oleh kabupaten ditambah dengan kebutuhan vaksin dari RSU Pemerintah/RS swasta, RB dan lain-lain di tingkat kabupaten. Demikian pula provinsi harus mengkompilasi kebutuhan vaksin kab/kota yang ada di wilayahnya ditambah kebutuhan vaksin bagi RSU dan RS swasta tingkat provinsi. Selanjutnya angka kebutuhan per kabupaten/kota 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 disamping 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.

#### 2.1.2.2 Pelaksanaan

Pelayanan imunisasi meliputi kegiatan-kegiatan :

1. Persiapan petugas;
2. Persiapan masyarakat;
3. Pemberian pelayanan imunisasi; dan
4. Koordinasi.

##### 1. Persiapan Petugas

Kegiatan ini meliputi :

- a. Inventarisasi sasaran;
- b. Persiapan vaksin dan peralatan rantai vaksin; dan
- c. Persiapan ADS dan *safety box*.

a). Inventarisasi Sasaran

Kegiatan ini dilakukan di tingkat Puskesmas dengan mencatat :

1. Daftar bayi dan ibu hamil/WUS dilakukan oleh kader, dukun terlatih, petugas KB, bidan di desa.

Sumber : Kelurahan, form registrasi bayi/ibu hamil, PKK.

2. Daftar murid sekolah tingkat dasar melalui kegiatan UKS.

Sumber : Kantor Dinas Pendidikan/SD yang bersangkutan.

3. Daftar calon pengantin di seluruh wilayah kerja Puskesmas.

Sumber : KUA, kantor catatan sipil.

4. Daftar murid Sekolah Menengah Umum/Aliyah melalui kegiatan UKS.

Sumber : Kantor Dinas Pendidikan/SMU Aliyah yang bersangkutan.

5. Daftar WUS di tempat kerja/Pabrik.

Sumber : Dinas Tenaga Kerja/Perusahaan yang bersangkutan.

b). Persiapan Vaksin dan Peralatan Rantai Vaksin

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

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

Selain itu petugas juga harus mempersiapkan ADS dan *safety box* untuk dibawa ke lapangan. Jumlah ADS yang dipersiapkan sesuai dengan jumlah sasaran yang akan diimunisasi. Jumlah *safety box* yang akan dibawa disesuaikan

dengan jumlah ADS yang akan dipergunakan dan kapasitas *safety box* yang tersedia.

## 2. Persiapan Masyarakat

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

## 3. Pemberian Pelayanan Imunisasi

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

### a. Pelayanan Imunisasi Rutin

Vaksin yang diberikan pada imunisasi rutin meliputi :

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

Pada Anak Sekolah : DT, Campak dan TT.

Pada WUS : TT.

### b. Pelayanan imunisasi Tambahan

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

#### **4. Koordinasi**

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

##### **a. Kerjasama Lintas Program**

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

1. Keterpaduan KIA – Imunisasi.
2. Keterpaduan Imunisasi – Survaillans.
3. Keterpaduan KB – Kesehatan (Imunisasi, Gizi, Diare, KIA, PKM, KB).
4. Keterpaduan UKS – Imunisasi.

##### **b. Kerjasama Lintas Sektoral**

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

1. Kerjasama imunisasi – Departemen Agama.
2. Kerjasama imunisasi – Departemen Dalam Negeri.
3. Kerjasama imunisasi – Departemen Pendidikan Nasional.
4. Kerjasama imunisasi – organisasi (IDI, IDAI, POGI, IBI, PPNI, dll).
5. Bentuk lain dari koordinasi lintas sektoral adalah peran Bantu PKK, LSM.

6. Badan internasional seperti WHO, UNICEF, GAFI, AusAID, PATH, JICA, USAID, CIDA.

### 2.1.2.3 Pengelolaan Rantai Vaksin

#### a. Sensitifitas Vaksin Terhadap Suhu

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

1. Vaksin yang sensitif terhadap panas (*heat sensitive*) : Polio, Campak dan BCG.
2. 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.

#### b. Pengadaan, Penyimpanan, Distribusi dan Pemakaian

##### a). Pengadaan

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



b). Penyimpanan

Setiap unit dianjurkan untuk menyimpan vaksin tidak lebih dari stok maksimalnya, untuk menghindari terjadinya penumpukan vaksin.

Bila frekuensi distribusi vaksin ke provinsi 1 (satu) kali setiap 3 (tiga) bulan, maka stok maksimal vaksin di provinsi adalah kebutuhan vaksin untuk 4 (bulan). Bila frekuensi pengambilan vaksin ke provinsi 1 (satu) kali perbulan maka stok minimal di kabupaten adalah 1(satu) bulan dan stok maksimal adalah 3 (tiga) bulan, dan bila frekuensi pengambilan vaksin ke kabupaten 1 (satu) kali per bulan maka stok maksimal di Puskesmas 1 (satu) bulan 1 (satu) minggu. Lihat bagan 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. Vaksin yang berasal dari virus hidup (polio, campak) pada pedoman sebelumnya harus disimpan pada suhu di bawah  $0^{\circ}\text{C}$ . Dalam perkembangan selanjut, hanya vaksin Polio yang masih memerlukan suhu di bawah  $0^{\circ}\text{C}$  di provinsi dan kabupaten/kota, sedangkan vaksin campak lebih baik disimpan di refrigerator pada suhu  $2 - 8^{\circ}\text{C}$ . Adapun vaksin lainnya harus disimpan pada suhu  $2 - 8^{\circ}\text{C}$ . 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. Di Puskesmas yang mempunyai *freezer* pembuat *cold pack*, bagian *freezer* dari lemari es tidak dipakai untuk menyimpan vaksin.

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

c. Distribusi

Pengertian distribusi disini adalah transportasi atau pengiriman vaksin dari Pusat/Bio Farma ke Provinsi, dari Provinsi ke Kabupaten/Kota, dari Kabupaten/Kota ke Puskesmas dan dari Puskesmas ke bidan di desa atau posyandu.

Distribusi vaksin baik jumlah maupun frekuensinya harus disesuaikan dengan volume vaksin dimasing-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/Bio Farma. Karena volume penyimpanan dipengaruhi dengan stok vaksin maka pusat/Bio Farma memerlukan informasi 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 inipun bervariasi

antar kabupaten/kota dan Puskesmas, tergantung pada kapasitas tempat penyimpanan vaksin, biaya transportasi serta volume kegiatan.

Dalam menjaga potensi vaksin selama transportasi, ketentuan pemakaian *cold/cool box*, *vaccine carrier*, *thermos*, *cold/cool pack* harus diperhatikan.

#### d. Pemakaian

Dalam mengambil vaksin untuk pelayanan imunisasi, prinsip yang dipakai saat ini, "*early expired first out/EEFO*" (dikeluarkan berdasarkan tanggal kadaluarsa yang lebih dulu).

Namun dengan adanya *VVM (vaccine vial monitor)* maka ketentuan *EEFO* tersebut menjadi pertimbangan kedua. *VVM* sangat membantu petugas dalam manajemen stok vaksin secara cepat dengan melihat perubahan warna pada indikator yang ada.

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

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

Vaksin yang dipakai di unit pelayanan statis atau di dalam gedung (RS, Puskesmas, BKIA, praktek swasta) dapat digunakan kembali setelah vial dibuka.

Pemakaian vaksin yang sudah dibuka harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a. Vaksin tidak melewati masa kadaluarsa;
- b. Vaksin tetap disimpan pada + 2°C s/d 8°C;
- c. Sterilisasi vaksin dapat terjamin;
- d. Vial vaksin tidak pernah terendam dalam air; dan
- e. VVM masih menunjukkan kondisi A atau B.

#### **2.1.2.4 Standar Tenaga dan Pelatihan Teknis**

##### **1. Standar Tenaga**

##### **a. Tenaga Pelaksana di Tingkat Puskesmas**

##### **1. Petugas Imunisasi**

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

##### **2. Pelaksana *Cold Chain***

- a. Kualifikasi : Tenaga berpendidikan minimal SMA atau SMK yang telah mengikuti pelatihan *cold chain*.
- b. Tugas :
  - a) Mengelola vaksin dan merawat lemari es.
  - b) Mencatat suhu lemari es.
  - c) Mencatat pemasukan dan pengeluaran vaksin.
  - d) Mengambil vaksin di Kabupaten/Kota sesuai kebutuhan per-bulan.

### 3. Pengelola Program Imunisasi

#### a. Kualifikasi :

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

#### b. Tugas :

1. Membuat perencanaan vaksin dan logistik lain.
2. Mengatur jadwal pelayanan imunisasi.
3. Mengecek catatan pelayanan imunisasi.
4. Membuat dan mengirim laporan ke Kab/Kota.
5. Membuat dan menganalisa PWS bulanan.
6. Merencanakan tindak lanjut.

### b. Tenaga Pelaksana di Tingkat Kabupaten/Kota

#### 1. Pengelola Program Imunisasi

##### a. Kualifikasi :

1. Seseorang tenaga dengan pendidikan minimal kelulusan D-3 Kesehatan dan telah mendapat latihan pengelola program imunisasi.

##### 2. Tanggung jawab :

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

#### 2. Pengelola Vaksin dan *Cold Chain*

a. Kualifikasi :

Tenaga dengan pendidikan minimal SLTA, yang telah mendapat pelatihan *cold chain*.

b. 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.

c. **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.

1. Pengelola program imunisasi pada tingkat provinsi juga mempunyai kewajiban sebagai pelatih, untuk itu petugas ini harus telah mendapatkan pelatihan untuk pelatih (TOT).
2. 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.

d. **Tenaga Pelaksanadi Tingkat RS/RB**

Pengorganisasian dan ketenagaan pada tingkat rumah sakit, rumah bersalin dan pelayanan imunisasi pada praktik 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 hasil pelaksanaan imunisasi kepada Puskesmas atau dinas kesehatan kabupaten/kota.

## **2. Pelatihan Teknis**

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

Untuk meningkatkan pengetahuan dan /atau keterampilan pelatih dan petugas imunisasi perlu dilakukan pelatihan. 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.

#### **2.1.2.5 Pencatatan Dan Pelaporan**

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

##### **1. Pencatatan**

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

##### **a. 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.

**b. Tingkat Puskesmas**

**a) Hasil Cakupan Imunisasi**

1. Hasil kegiatan imunisasi di lapangan (buku kuning dan merah) ditambah laporan dari Puskesmas pembantu di rekap di buku pencatatan imunisasi Puskesmas (buku biru).
2. Hasil imunisasi anak sekolah direkap di Buku Hasil Imunisasi Anak Sekolah.
3. Hasil kegiatan imunisasi di komponen statik dicatat untuk sementara di Buku bantu, pada akhir bulan di rekap ke buku kuning atau merah sesuai dengan desa asal sasaran.
4. Laporan hasil imunisasi di balai pengobatan swasta dicatat di buku biru dari bulan yang sesuai.
5. Setiap catatan dari buku biru ini dibuat rangkap dua, lembar ke 2 dibawa ke Kabupaten sewaktu mengambil vaksin/konsultasi.
6. 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 dalam kartu stock. Sisa atau stock

vaksin harus selalu dihitung pada setiap kali penerimaan dan pengeluaran vaksin. Masing-masing jenis vaksin mempunyai kartu stock 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 ditempat yang seharusnya harus dicatat dua kali sehari yaitu pagi waktu datang dan sore sebelum pulang. Pencatatan harus dilakukan dengan upaya perbaikan.

1. Bila suhu tercatat dibawah  $2^{\circ}\text{C}$ , harus mencurigai vaksin DPT, DT dan TT telah beku. Lakukan uji kocok, jangan gunakan vaksin yang rusak dan buatlah catatan pada kartu stok vaksin.
2. Bila suhu tercatat diatas  $8^{\circ}\text{C}$ , segera pindahkan vaksin ke *cold box vaccine carrier* atau termos yang berisi cukup *cold pack* kotal 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.

d) Pencatatan Logistik Imunisasi

Keluar masuknya barang termasuk vaksin harus dicatat dibuku umum. Nomor *batch* untuk vaksin, serta nomor seri untuk sarana *cold chain* (lemari es, *mini freezer*, *vaccine carrier*, *container*) harus dicatat

dalam kolom keterangan. Untuk peralatan habis pakai seperti ADS, *Safety box* dan *spare part* cukup dicatat jumlah dan jenisnya.

**c. Tingkat Kabupaten**

**a) Hasil cakupan imunisasi**

Kompilasi laporan hasil imunisasi dari semua Puskesmas dan RSU Kabupaten maupun RS swasta dilakukan setiap bulan dan dicatat dibuku hasil imunisasi kabupaten. Setiap catatan dari buku ini dibuat dalam rangkap dua. Lembar ke 2 di bawah ke propinsi pada waktu mengambil vaksin konsultasi.

**b) Pencatatan vaksin**

Keluar masuknya vaksin terperinci menurut jumlah, *nomor batch* dan tanggal kadaluarsa harus dicatat dalam kartu stock. Sisa atau stock vaksin harus dihitung pada setiap kali penerimaan atau pengeluaran vaksin. Masing-masing jenis vaksin mempunyai kartu stock tersendiri. Selain itu kondisi VVM sewaktu menerima dan mengirimkan vaksin ke Kabupaten juga perlu dicatat pada buku stok & SBK (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 dalam kolom keterangan. Untuk peralatanhabis pakai seperti ADS perlu juga dicatat nomor seri/lot masa kadaluarsa, jumlah dan merk, *safety box* cukup dicatat jumlah dan jenisnya

**d. 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 rangkap dua. Lembar ke 2 dikirimkan ke Pusat.

**b) Pencatatan Vaksin**

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

Khusus untuk Provinsi yang mempunyai *cold room*, diperlukan kartu *stelling* untuk mencatat vaksin karena jumlah, jenis, nomor batch dan tanggal kadaluarsa yang bermacam-macam. Satu kartu *stelling* untuk setiap jenis vaksin dengan

**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 dalam kolom keterangan. Untuk peralatan seperti jarum, syringe dan *sparepart* cukup dicatat jumlah dan jenisnya.

## 2. Pelaporan

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

Yang dilaporkan adalah :

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

### 2.1.2.6 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.

- i. 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.

2. Petugas provinsi mengadakan pembinaan ke Kabupaten. Bila diperlukan dapat melakukan supervisi ke tingkat kecamatan dan desa dengan terlebih dahulu membicarakannya dengan petugas kabupaten.
3. Petugas kabupaten mengadakan supervisi ke tingkat kecamatan, dan bila perlu ke desa untuk pembinaan membicarakannya dengan Puskesmas.
4. Petugas kecamatan mengadakan pembinaan ke desa/lapangan.

Hal-hal yang disupervisi antara lain adalah :

- a. Cakupan dan target imunisasi menurut waktu, wilayah
- b. Data PD3I menurut waktu dan tempat.
- c. Ketenagaan
- d. Peralatan imunisasi, vaksin dan *cold chain*
- e. Pencatatan dan pelaporan
- f. Hasil kerjasama lintas program/sektoral
- g. Masalah yang ditemukan.

Untuk mengefektifkan kegiatan supervisi ini khususnya untuk unit pelayanan yang terdepan maka dengan mengadakan modifikasi dari LAM, dibuat *cek 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 menganalisa hasil supervisi jawaban supervisi ini dapat dikuantifikasi sehingga dapat diukur, dibandingkan dengan demikian memudahkan analisa, umpan balik serta pelaporannya.

Keluaran yang diharapkan dari supervisi dengan *check list* ini adalah :

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

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

1. Pengolahan PWS
2. Analisa dan tindak lanjut PWS
3. Pencatatan dan pelaporan
4. *Cold Chain* dan logistik
5. Peralatan dan pelayanan imunisasi
6. Tindak lanjut dan pemantauan dampak program imunisasi
7. Kemitraan

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 yang dapat langsung dipecahkan ditempat dan segera dapat ditindak lanjuti.

Selanjutnya pimpinan Puskesmas dapat mengadakan supervisi *internal* pembinaan internal kepada petugas imunisasi dengan menggunakan hasil analisa supervisi *check list*. Karena jawaban supervisi ini telah dikuantifikasi, maka hasil supervisi yang menyangkut mutu ini dapat dibandingkan dengan hasil supervisi ditingkat administrasi yang setara. Rekap hasil supervisi ini selain dilaporkan dapat

dividualisasikan dalam bentuk grafik untuk dianalisa 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.

#### **2.1.2.7 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. Alat pemantauan yang dimiliki program imunisasi :

##### **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 indikasi PWS, untuk masing-masing antigen :
  - a. DPT-I : jangkauan/aksesibilitas pelayanan



- b. Hepatitis B1 < 7 hari : Jangkauan/aksesibilitas pelayanan
  - c. Campak : Tingkat perlindungan (efektifitas program)
  - d. Polio-4 : Tingkat perlindungan (efektifitas program)
  - e. 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
- Tempat waktu agar tidak terlambat dalam mengambil keputusan
- 5) Lebih memanfaatkan sendiri atau sebagai umpan balik untuk dapat mengambil tindakan daripada hanya dikirimkan sebagai laporan.
- 6) Membuat grafik yang jelas dan menarik untuk masing-masing indikator diatas, untuk memudahkan analisa.

**b. Evaluasi**

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui hasil ataupun proses kegiatan bila dibandingkan dengan target atau yang diharapkan. Hal-hal yang dievaluasi meliputi :

**a. Stok Vaksin**

Stok vaksin dilaporkan oleh petugas Puskesmas, kabupaten dan provinsi ke tingkat yang diatasnya 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.

1. Stok minimal adalah kebutuhan vaksin selama satu minggu

2. Stok maksimal adalah kebutuhan vaksin satu bulan ditambah cadangan satu minggu.

b. Indeks pemakaian Vaksin

Dari pencatatan stok vaksin setiap bulan diperoleh jumlah vial/ampul vaksin yang digunakan. Untuk mengetahui berapa rata-rata jumlah dosis diberikan untuk setiap vial/ampul yang disebut indeks pemakaian vaksin (IP). Perhitungan IP dilakukan untuk setiap jenis vaksin. Nilai IP biasanya lebih kecil dari jumlah dosis per vial/ampul. Apabila IP lebih besar dan 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 memperhatikan masalah efisiensi program tanpa mengurangi cakupan dan mutu pelayanan.

c. Suhu Lemari Es

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

d. Cakupan per Tahun

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

1. Tingkat pencapaian cakupan imunisasi
2. Indikasi adanya masalah

## 2.2 Strategi Eradikasi Polio Global di Indonesia

Pada tahun 1995, setelah mampu mencapai cakupan imunisasi polio rutin yang tinggi dan merata, sehingga transmisi virus polio liar sudah semakin rendah, maka ditetapkan strategi eradikasi polio sebagai berikut :

- a. Mempertahankan cakupan imunisasi polio rutin *OPV* (Oral Vaksin Polio) yang tinggi dan merata)
- b. Menyelenggarakan Pekan Imunisasi Nasional Polio dengan *OPV* untuk memutus mata rantai penyebaran virus polio, yang dilaksanakan selama 3 tahun berturut-turut yaitu tahun 1995, 1996 dan 1997
- c. Menyelenggarakan surveilans *AFP* dan virus polio liar yang memiliki kinerja yang berkualitas tinggi
- d. Melaksanakan mopping up (pasca PIN) pada daerah yang dicurigai memiliki transmisi virus polio liar

Berdasarkan penelitian dan analisis tingkat imunitas penduduk berdasar usia, serta telah terjadinya krisis ekonomi yang berkepanjangan, maka strategi eradikasi polio global di Indonesia pasca PIN mengalami perkembangan :

- a. Tetap mempertahankan cakupan imunisasi polio rutin *OPV* yang tinggi dan merata sampai ke tingkat desa (UCI desa)
- b. Melaksanakan sub PIN dengan *OPV* pada wilayah yang memiliki risiko tinggi terjadinya transmisi virus polio liar
- c. Melaksanakan BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah) polio terhadap semua anak Sekolah Dasar kelas 3-6
- d. Surveilans *AFP* dan virus polio liar yang memiliki kinerja yang berkualitas tinggi
- e. *Mopping-up* pada daerah yang dicurigai memiliki transmisi virus polio liar
- f. Pemusnahan atau pengendalian virus polio liar di laboratorium-laboratorium

### 2.3 Vaccine Derived Polio Virus (*VDPV*)

Dalam kurun waktu 4 tahun terakhir ini, KLB poliomiелitis akibat *circulating vaccine derived polio viruses (cVDPV)* terjadi Hispaniola (2000-2001), Phillipina (2001) dan Madagaskar (2001-2002).

Agar menimbulkan kekebalan virus polio vaksin (virus RNA) harus berbiak dan mRNA adalah bagian multiplikasi yang tidak stabil, sehingga multiplikasi yang cepat pada beberapa orang akan menyebabkan mutasi pada beberapa tempat sehingga fenotipe kelemahan (*attenuated phenotype*) hilang dan enterovirus meningkat.

Selain mutasi balik, neurovirulen bisa kembali akibat dua virus polio atau enterovirus yang homolog mengadakan rekombinasi sehingga *VDPV* mempunyai kemampuan menyebar. *cVDPV* mampu menimbulkan KLB kembali seperti *VPL*.

*VDPV* yang dikenal di jaringan laboratorium dengan cara *ITD* dan *sequencing* adalah :

1. beda VP1 < 1% dari vaksin sabin digolongkan sabin like
2. beda 1%-15% digolongkan *VDPV*
3. beda > 15% difference digolongkan sebagai *VPL*

Faktor resiko lain pada kasus *VDPV* adalah angka kelahiran, jumlah dan kepadatan bayi non immune, sanitasi dan higiene perorangan yang kurang, iklim, masa transmisi tinggi dan keadaan pernah bebas *VPL* (yang menyebabkan kekebalan sangat tergantung pada imunisasi dan tidak lagi pada kekebalan alamiah). Kinerja surveilans *AFP* yang jelek juga mendukung KLB *cVDPV*. Negara yang dulunya endemik polio, berarti punya potensi transmisi virus polio yang tinggi, harus mempertahankan cakupan imunisasinya dengan sungguh-sungguh.

## 2.4 Kinerja

### 2.4.1 Pengertian Kinerja dan Kinerja Tenaga Kesehatan

Ilyas (2001) mendefinisikan kinerja sebagai penampilan hasil karya personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personil. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personil yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personil di dalam organisasi. Menurut Darokah dalam Ilyas (2001) kinerja adalah suatu catatan keluaran hasil pada suatu fungsi jabatan kerja oleh seluruh aktivitas kerja dalam periode waktu tertentu. Kopelman (1998) mengemukakan bahwa yang dimaksud dengan kinerja

( *Performance* = *P*) adalah hasil interaksi antara motivasi (*M*) dan kemampuan (*Ability* = *A*), yang dalam teori atribusi dirumuskan dengan  $P = f(M \times A)$ .

Dalam penelitian ini pengertian kinerja yang dipakai adalah penampilan hasil karya personil baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2001).

#### 2.4.2 Teori Kinerja

Heider (1958) dalam As'ad (2003) mengemukakan teori atribusi atau *Expectancy Theory* bahwa kinerja merupakan hasil interaksi antara motivasi dan *ability*, yang dirumuskan dengan formula sebagai berikut: *P(Performance)* merupakan fungsi *M(Motivation)* dan *A(Ability)* yang dapat ditulis sebagai rumus:  $P = f(M \times A)$ . Konsep diatas juga didukung oleh Maier (1965), Lawler dan Porter (1967) dan Vroom (1964). Berdasarkan teori diatas maka jika seseorang tenaga kesehatan rendah dalam salah satu komponennya maka kinerjanya pasti rendah pula, dengan demikian dapat pula diartikan jika ada tenaga kesehatan yang kinerjanya rendah, maka hal tersebut dapat merupakan hasil dari motivasinya yang rendah atau kemampuannya yang kurang atau kedua-duanya yaitu motivasi dan kemampuan yang rendah.

Lawler and Porter (1967) dalam As'ad (2003) mengusulkan rumus *performance* sebagai perkalian antara *effort*, *ability* dan *role perception*, di mana *effort* adalah banyaknya enersi yang dikeluarkan seseorang dalam situasi tertentu; *ability* adalah karakteristik individu seperti *inteligensi*, *manual skill*, *traits* yang merupakan kekuatan potensial seseorang untuk berbuat dan sifatnya relatif stabil; sedang *role perceptions* adalah kesesuaian antara *effort* yang dilakukan seseorang dengan pandangan evaluator atau atasan langsung tentang *job requirement*-nya.

### 2.4.3. Pengukuran Kinerja

As'ad (2003) mengatakan bahwa untuk mengukur *job performance*, masalah yang paling penting adalah menetapkan kriterianya. Menurut Jessup & Jessup (1975) dalam As'ad (2003), yang pertama diperlukan dalam hal ini adalah ukuran mengenai sukses, dan bagian-bagian mana yang dianggap penting sekali dalam suatu pekerjaan. Usaha untuk menentukan ukuran tentang sukses ini amatlah sulit, karena seringkali pekerjaan itu begitu komplek sehingga sulit ada ukuran *output* yang pasti. Hal seperti ini terutama terdapat pada jabatan-jabatan yang bersifat administratif.

Bellows (1961) dalam As'ad (2003) menyebutkan bahwa syarat kriteria kinerja yang baik ialah apabila lebih *reliabel, realistis, representatif* dan bisa *predictable*. Sedangkan Maier (1965) dalam As'ad (2003) mengatakan bahwa yang umum dianggap sebagai kriteria kinerja antara lain ialah: kualitas, kuantitas, waktu yang dipakai, jabatan yang dipegang, absensi, dan keselamatan dalam menjalankan tugas pekerjaan. Dikatakan selanjutnya bahwa dimensi mana yang penting adalah berbeda antara pekerjaan yang satu dengan lainnya.

Jika kriteria kinerja pekerjaan sudah ditetapkan, maka langkah berikutnya dalam mengukur *performance* adalah mengumpulkan informasi yang berhubungan dengan hal-hal tersebut dari seseorang selama periode tertentu. Dengan membandingkan hasil ini terhadap standart yang dibuat untuk periode waktu yang bersangkutan, akan didapatkan *level of performance* seseorang.

Meier (1965) dalam As'ad (2003) membagi pekerjaan menjadi dua jenis, untuk memudahkan pengukuran *performance* kerja, yaitu: pekerjaan produksi, di

mana secara kuantitatif orang bisa membuat suatu standart yang obyektif dan pekerjaan yang non produksi, di mana penentuan sukses tidaknya seseorang di dalam tugas biasanya didapat melalui *human judgment* atau pertimbangan subjektif.

#### **2.4.4. Faktor yang mempengaruhi Kinerja.**

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi (*determinan*) kinerja personel, dilakukan pengkajian terhadap beberapa teori kinerja. Gibsons (1996) menyatakan bahwa ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu: variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personel. Perilaku yang berpengaruh terhadap kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.

Variabel individu menurut Gibson (1996) dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografis. Sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel demografis, mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Variabel psikologis terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson, banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Gibson (1996) juga menyatakan sukar dicapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja pada usia,



etnis, latar belakang, budaya dan ketrampilan yang berbeda satu dengan lainnya. Variabel organisasi, menurut Gibson (1996) mempunyai efek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi digolongkan dalam sub-variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Kopelman (1998) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: karakteristik individu, karakteristik organisasi dan karakteristik pekerjaan, lebih lanjut Kopelman menjelaskan bahwa kinerja selain dipengaruhi oleh faktor diatas juga dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Menurut Kopelman karakteristik individu terdiri dari: kemampuan, pengetahuan, ketrampilan, motivasi, norma, dan nilai, sedang karakteristik individu yang lain seperti kepribadian, umur dan jenis kelamin, tingkat pendidikan, suku bangsa, keadaan sosial ekonomi, pengalaman terhadap keadaan yang lalu, akan menentukan perilaku kerja dan produktivitas kerja, baik individu maupun organisasi. Karakteristik organisasi terdiri dari: *reward system*, seleksi dan pelatihan, struktur organisasi, visi dan misi organisasi serta kepemimpinan; sedangkan karakteristik pekerjaan terdiri dari: deskripsi pekerjaan, desain pekerjaan dan jadwal kerja.

Ilyas (2001) lebih lanjut menjelaskan bahwa teori yang dikembangkan oleh Gibson dan Kopelman berdasarkan penelitian dan pengalaman yang mereka temukan pada sampel dan komunitas masyarakat negara maju seperti Amerika Serikat. Pada teori yang mereka sampaikan tidak tampak peran variabel supervisi dan kontrol dalam hubungannya dengan kinerja. Hal ini dimungkinkan kedua variabel tersebut tidak berperan secara bermakna bagi masyarakat maju seperti Amerika Serikat, artinya budaya kerja pekerja Amerika sudah dalam kondisi tidak

membutuhkan kontrol dan supervisi yang ketat dari organisasi dan atasan mereka, tingkat kinerja mereka sudah pada tingkatan yang optimum. Dengan kata lain setiap pekerja melaksanakan fungsi dan tanggung jawabnya dengan pengawasan yang melekat pada setiap pekerja telah berjalan dengan baik. Pada negara berkembang seperti Indonesia, variabel supervisi dan kontrol masih sangat penting pengaruhnya dengan kinerja individu. Menurut penelitian Ilyas (2001) dengan topik: Determinan Kinerja Dokter PTT, ditemukan bahwa supervisi atasan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja dokter PTT.

Hall TL dan Meija (1987) dalam Ilyas (2001) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: faktor internal individu yang terdiri dari: (1) karakteristik individu seperti umur, pendapatan, status perkawinan, pengalaman kerja dan masa-kerja. (2). Sikap terhadap tugas yang terdiri persepsi, pengetahuan, motivasi, tanggung-jawab dan kebutuhan terhadap imbalan, sedang faktor eksternal meliputi sosial ekonomi, demografi, geografi, lingkungan kerja, aseptabilitas, aksesabilitas, beban kerja dan organisasi yang terdiri pembinaan, pengawasan, koordinasi, dan fasilitas.

Schermerhorn (1982) dalam Ilyas (2001) menyebutkan bahwa kinerja seseorang dipengaruhi oleh: (1). Upaya yang dilakukan (*work effort*) di mana berhubungan dengan kesediaan untuk melakukan pekerjaan (*willingness to perform*) dan motivasi. (2). Ciri-ciri pribadi individu berhubungan dengan kapasitas melakukan pekerjaan (*capacity to perform*). (3). Dukungan organisasi (*organization support*) berhubungan dengan kesempatan melakukan pekerjaan (*oportunity to perform*).

Meier (1965) dalam As'ad (2003) berpendapat bahwa perbedaan kinerja antara satu orang dengan lainnya dalam situasi kerja adalah pada perbedaan karakteristik individu, disamping itu orang yang sama dapat membentuk kinerja yang berbeda dalam situasi yang berbeda pula, sehingga dapat disimpulkan bahwa kinerja seseorang dipengaruhi oleh situasi.

Dalam penelitian ini faktor kinerja yang dipakai adalah faktor kinerja menurut teori Gibbons (1996) dan teori Kopelman (1998).

## **2.5 Pengetahuan ( Knowledge )**

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

### **2.5.1 Tingkatan pengetahuan di dalam domain kognitif**

Pengetahuan yang mencakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yakni:

#### **a) Tahu (know)**

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b) **Comprehension (memahami)**

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c). **Aplikasi (application)**

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real ( sebenarnya ). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d). **Analisis (analysis)**

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e). **Sintesis (synthesis)**

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f). **Evaluasi (evaluation)**

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

## **2.6 Pelatihan**

### **2.6.1 Pengertian**

Pelatihan (*training*) merupakan proses pembelajaran yang melibatkan perolehan keahlian, konsep, peraturan, atau sikap untuk meningkatkan kinerja karyawan (Simamora, 2004)

### **2.6.2 Tujuan**

Tujuan pelatihan pada intinya dikempokkan ke dalam 5 bidang yaitu :

1. Memperbaiki kinerja
2. Memutakhirkan keahlian para karyawan sejalan dengan kemajuan teknologi
3. Mengurangi waktu pembelajaran bagi karyawan baru agar kompeten dalam pekerjaan
4. Membantu memecahkan masalah operasional
5. Mempersiapkan karyawan untuk promosi ( Simamora, 2004).

### **2.6.3 Manfaat**

Manfaat nyata yang ditanggung dalam program pelatihan adalah :

1. Meningkatkan kuantitas dan kualitas produktivitas
  2. Mengurangi waktu belajar yang diperlukan karyawan untuk mencapai standar kinerja yang dapat diterima
  3. Membentuk sikap, loyalitas, dan kerjasama yang lebih menguntungkan
  4. Memenuhi kebutuhan perencanaan sumberdaya manusia
  5. Membantu karyawan dalam peningkatan dan pengembangan pribadi mereka.
- (Simamora, 004)

Tiga tahap yang harus tercakup dalam pelatihan adalah :

### 1. Tahap penilaian

Terdiri dari : mengidentifikasi kebutuhan dan sumberdaya untuk pelatihan, mengidentifikasi sasaran pelatihan, menyusun kriteria pelatihan, pretest terhadap para petatar

### 2. Tahap pelatihan dan pengembangan.

Terdiri dari : memilih teknik pelatihan dan prinsip proses pembelajaran, melaksanakan pelatihan, memantau pelatihan

### 3. Tahap evaluasi

Membandingkan hasil pelatihan dengan kriteria yang digunakan.

## 2.7 Sikap

Menurut Walgito (1994) dalam Wardani (2005) sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai objek atau situasi yang relatif ajeg, yang disertai adanya perasaan tertentu, dan memberikan dasar kepada orang tersebut untuk membuat respon atau berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya. Sikap itu mengandung 3 komponen yang membentuk struktur sikap, yaitu :

1. Komponen kognitif (komponen perceptual), yaitu komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan, keyakinan. Komponen berhubungan dengan bagaimana orang mempersepsi terhadap objek sikap,
2. Komponen afektif (komponen emosional) yaitu komponen yang berhubungan dengan rasa senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Rasa senang merupakan hal positif, sedangkan rasa tidak senang merupakan hal yang negative. Komponen ini menunjukkan arah sikap, yaitu positif atau negatif.

3. Komponen konatif (komponen perilaku, atau action compound), yaitu komponen yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak terhadap objek sikap. Komponen ini menunjukkan intensitas sikap, yaitu menunjukkan besar kecilnya kecenderungan bertindak atau berperilaku seseorang terhadap objek sikap.

Selanjutnya Walgito juga mengemukakan bahwa beberapa determinan sikap yang dianggap penting adalah :

1. Faktor fisiologis yaitu umur dan kesehatan seseorang
2. Faktor pengalaman langsung terhadap objek sikap
3. Faktor kerangka acuan
4. Faktor komunikasi sosial yang berwujud informasi dari seseorang kepada orang lain, dapat menyebabkan perubahan sikap yang ada pada diri orang yang bersangkutan.

Diantara berbagai faktor tersebut diatas, faktor komunikasi sosial merupakan faktor terpenting dalam rangka perubahan atau pembentukan sikap. Pembentukan dan perubahan sikap ditentukan oleh 2 faktor yaitu:

1. Faktor individu itu sendiri atau faktor dalam. Individu mengadakan seleksi dalam menanggapi pengaruh dunia luarnya
2. Faktor luar atau faktor ekstern. Keadaan diluar individu merupakan stimulus untuk membentuk atau mengubah sikap. Stimulus dapat terjadi secara langsung, dalam arti adanya hubungan secara langsung antara individu atau kelompok dengan individu atau kelompok lain. Hubungan dapat pula terjadi secara tidak

langsung dengan perantara alat komunikasi, seperti media massa baik elektronik maupun non elektronik.

Perubahan sikap menurut teori Rosenberg (teori affective-cognitive consistency) adalah bahwa bila seseorang mempunyai sikap yang positif terhadap sesuatu objek, maka indeks kognitifnya juga akan tinggi, demikian juga sebaliknya. Pada umumnya dalam rangka perubahan sikap, orang akan mengubah dulu komponen kognitifnya, hingga akhirnya komponen afektifnya akan berubah.

Sarwono (1993) dalam Wardani (2005) mengemukakan bahwa Kelman pada tahun 1958 menyatakan bahwa perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi, kemusiaan baru internalisasi. Pada tahap kepatuhan (compliance) individu mematuhi anjuran atau instruksi tanpa kerelaan, perubahan yang terjadi bersikap sementara. Kepatuhan pada tahap ini dapat disusul oleh tahap identifikasi yaitu kepatuhan yang terjadi oleh karena individu merasa tertarik atau mengagumi tokoh (atasannya) tanpa memahami sepenuhnya arti dan manfaat tindakan yang dilakukannya. Perubahan perilaku baru dapat optimal pada tahap internalisasi. Individu merasa sikap dan perilaku yang baru mempunyai nilai positif bagi dirinya sendiri dan mengintegrasikan sikap dan perilaku tersebut dengan nilai lain dari hidupnya.

Sikap merupakan pernyataan senang atau tidak senang terhadap suatu objek, orang atau kejadian, yang merefleksikan perasaan terhadap seseorang. Sikap terdiri dari 3 komponen yaitu, komponen kognitif, afektif dan perilaku. Dalam organisasi, sikap merupakan hal yang penting oleh karena memberikan dampak terhadap perilaku kerja (job behaviour) (Robbins, 1993)



Menurut Notoatmodjo (1993) sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Komponen pokok sikap menurut Alport (1954) dalam Notoatmodjo (1993) terdiri dari :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak (tend to behave)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu :

1. Menerima (receiving)

Menerima diartikan bahwa seseorang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek)

## 2. Merespon (responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut

## 3. Menghargai (valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga

## 4. Bertanggung jawab (responsible)

Bertanggung jawab terhadap segala sesuatu yang telah dipilihnya adalah sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan kepada responden (Notoatmodjo, 1993)

## 2.8 Motivasi

### 2.8.1 Pengertian

Gibson (1996) mendefinisikan motivasi sebagai kekuatan yang mendorong seseorang karyawan yang menimbulkan dan mengarahkan perilaku

Motivasi atau *motivation* berarti pemberian motif atau hal yang menimbulkan dorongan atau faktor yang mendorong untuk bertindak dengan cara tertentu (Winardi,2002).

Motivasi dapat diartikan sebagai suatu prosespsikologis yang mencerminkan interaksi antara sikap, persepsi dan keputusan yang terjadi pada diri seseorang. Wahjosumidjo (1984)

## 2.8.2 Teori Motivasi

### 2.8.2.1 Teori Isi (*Content Theory*)

Teori isi (*content theory*) bermaksud untuk menentukan apa yang memotivasi orang dalam pekerjaan mereka. Teori isi ini telah dipandang lebih dalam lagi dan dikenal sebagai motif. Teori ini mencoba menentukan kebutuhan khusus yang memotivasi orang. Tiga model teori isi adalah: teori hirarki kebutuhan dari Maslow; teori ERG dari Alderfer; teori dua faktor Herzberg dan teori tiga kebutuhan dari Mc Clelland.

#### 2.8.2.1.2 Teori Hirarki Kebutuhan Maslow.

Maslow mendasarkan konsep hirarki kebutuhan pada dua prinsip, yang pertama adalah bahwa kebutuhan manusia dapat disusun dalam suatu hirarki dari kebutuhan yang terendah sampai yang tertinggi; kedua, suatu kebutuhan yang telah terpuaskan berhenti menjadi motivator utama dari perilaku.

Inti teori Maslow ialah bahwa kebutuhan manusia tersusun dalam satu hirarki, yaitu:

- I. Fisiologi: kebutuhan sandang, pangan, dan bebas dari rasa sakit.

2. Keselamatan dan keamanan: kebutuhan akan rasa bebas dari ancaman yakni aman dari ancaman kejadian dan lingkungan.
3. Rasa keikutsertaan, sosial dan cinta: kebutuhan akan teman, afiliasi, interaksi dan cinta.
4. Penghargaan (*esteem*): kebutuhan akan penghargaan diri dan penghargaan dari orang lain.
5. Aktualisasi diri (*self actualiation*): kebutuhan untuk memanfaatkan atau mengembangkan potensi diri.

Teori Maslow mengasumsikan bahwa orang berusaha memenuhi kebutuhan yang lebih mendasar sebelum mengarahkan perilakunya untuk memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi. Asumsi lain ialah orang mempunyai keinginan untuk maju sehingga setelah kebutuhan yang lebih rendah terpenuhi maka orang tersebut akan bergerak memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi.

#### 2.8.2.1.3 Teori Dua Faktor Herzberg

Menurut Herzberg ada dua kelompok faktor yang mempengaruhi motivasi kerja seseorang dalam organisasi, yaitu faktor penyebab kepuasan kerja (*job satisfiers*) dan faktor penyebab ketidakpuasan kerja (*job dissatisfiers*). *Satisfiers* disebut dengan istilah *motivators* dan *dissatisfiers* disebut dengan istilah *hygiene factors*.

Faktor *hygiene* mencegah merosotnya semangat kerja atau efisiensi, dan meskipun faktor ini tidak dapat memotivasi, tetapi dapat menimbulkan ketidak-puasan kerja. Faktor *hygiene* bersifat *ekstrinsik* karena berasal dari luar diri individu. Faktor ini disebut *hygiene* karena apabila faktor ini tidak terpenuhi akan timbul ketidakpuasan

dalam diri individu, namun apabila faktor ini terpenuhi belum tentu akan menimbulkan motivasi.

Yang termasuk hygiene faktor adalah:

1. Kebijakan perusahaan dan administrasi (*company policy and administration*)
2. Supervisi teknik (*supervision technical*)
3. Kondisi kerja (*working condition*)
4. Hubungan antar pribadi (*interpersonal relations*)
5. Gaji (*salary*)
6. Keamanan kerja dan status (*job security and status*)

Faktor penyebab kepuasan kerja (*motivators*) mempunyai pengaruh pendorong bagi prestasi dan semangat kerja karyawan. Faktor motivator ini bersifat *intrinsik* karena berasal dari dalam individu. Faktor ini disebut motivator karena apabila faktor ini tidak terpenuhi, seorang individu tidak akan termotivasi (belum tentu mengalami ketidakpuasan), sedangkan apabila faktor ini terpenuhi, maka akan timbul motivasi.

Yang termasuk faktor motivator adalah:

1. Prestasi (*achievement*)
2. Pengakuan (*recognition*)
3. Kerja itu sendiri (*The work itself*)
4. Kemajuan (*advancement*)
5. Tanggung jawab (*responsibility*)

Kontribusi teori Herzberg pada motivasi adalah dia menyatakan bahwa faktor higienis secara mutlak penting untuk mempertahankan sumberdaya

organisasi dan hanya pekerjaan menantang yang dapat memberikan peluang bagi prestasi, pengakuan, tanggung jawab, promosi, dan pertumbuhan akan motivasi karyawan.

#### 2.8.2.1.4 Teori Tiga Kebutuhan Mc Clelland

Mc Clelland mengatakan ada tiga kebutuhan manusia, yaitu kebutuhan berprestasi (*need for achievement*), kebutuhan berafiliasi (*need for affiliation*), dan kebutuhan berkuasa (*need for power*).

Karakteristik ketiga kebutuhan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Kebutuhan berprestasi, tercermin pada keinginan seseorang mengambil tugas di mana dia dapat bertanggung jawab secara pribadi atas perbuatan-perbuatannya, dia menentukan tujuan yang wajar dengan memperhitungkan risiko-risikonya, dia ingin mendapatkan umpan baik atas perbuatan-perbuatannya dan dia berusaha melakukan segala sesuatu secara kreatif dan inovatif.
2. Kebutuhan afiliasi, kebutuhan ini ditunjukkan dengan adanya keinginan untuk bersahabat, di mana dia lebih mementingkan aspek-aspek antar pribadi dalam bekerja, dia lebih senang bekerjasama, senang bergaul, dia berusaha mendapatkan persetujuan dari orang lain dan dia melaksanakan tugas-tugasnya secara lebih efektif bila bekerja dengan orang-orang lain dalam suasana kerjasama, tetapi jika seorang atasan minta bantuan bawahan, ini bukan tergolong motivasi afiliasi, tetapi tergolong motivasi kekuasaan.
3. Kebutuhan kekuasaan, kebutuhan ini tercermin pada seseorang yang ingin mempunyai pengaruh atas orang-orang lain, dia peka terhadap struktur pengaruh antar pribadi suatu kelompok atau organisasi. Ia akan mencoba

menguasai orang lain dengan cara mengatur perilakunya dan membuat orang lain terkesan padanya, serta selalu menjaga reputasi dan kedudukannya.

### **2.8.2.2 Teori Proses (*Process Theory*)**

Teori proses (*Process Theory*): mencoba menguraikan dan menganalisis bagaimana perilaku itu digerakan, diarahkan, didukung dan dihentikan, termasuk dalam teori ini adalah: teori harapan Victor Vroom; teori penguatan B.F.Skinner; teori keadilan Adams dan teori penetapan tujuan Locke.

## **2.9 Koordinasi**

### **2.9.1 Pengertian**

Koordinasi adalah proses komunikasi, integrasi, sinkronisasi, dan simplikasi kegiatan-kegiatan pada unit kerja puskesmas dengan mekanisme kerjasama tim (intern puskesmas dan lintas sektoral) agar tujuan puskesmas dapat tercapai secara lebih efektif dan efisien (Supriyanto dan damayanti,2005).

### **2.9.2 Tujuan**

- a. Terlaksananya penggalangan kerjasama tim lintas program dalam rangka pengembangan manajemen sederhana, terutama dalam pembagian tugas dan pembuatan rencana kerja harian.
- b. Terlaksananya penggalangan kerjasama lintas sektoral dalam rangka pembinaan peran serta masyarakat.
- c. Terlaksananya rapat kerja bulanan puskesmas sebagai tindak lanjut penggalangan kerjasama tim puskesmas

- d. Terlaksananya rapat kerja tribulanan lintas sektoral sebagai tindak lanjut penggalangan kerjasama lintas sektor.

### **2.9.3 Manfaat**

Meningkatkan fungsi puskesmas melalui peningkatan kemampuan tenaga puskesmas untuk bekerja sama dalam tim dan membina kerjasama lintas program dan lintas sektoral.

### **2.9.4 Konsep koordinasi**

Inti koordinasi adalah komunikasi. Inti komunikasi di sini adalah perolehan, penyebaran dan pemrosesan informasi

#### **2.9.4.1 Komunikasi**

Indikator komunikasi efektif untuk koordinasi adalah informasi yang bermutu ( cepat, jumlah cukup dan tepat waktu ).

#### **2.9.4.2 Integrasi**

Penyatuan kegiatan ( keterpaduan kegiatan bersama dan tindakan ) pada satu kegiatan atau satu tenaga kesehatan untuk beberapa kegiatan pokok puskesmas. Adanya standard operating procedur ( SOP atau PROTAP ) adalah contoh indikator integrasi kegiatan. Aturan dan prosedur pelaksanaan kegiatan dapat tercermin dari PROTAP-nya.

#### **2.9.4.3 Sinkronisasi**

Adanya kejelasan pembagian tugas merupakan petunjuk pelaksanaan sinkronisasi. Sinkronisasi akan menurunkan tugas-tugas yang saling tumpang tindih sehingga menurunkan duplikasi kegiatan bahkan meniadakan kegiatan yang tidak perlu.



#### 2.9.4.4 Simplifikasi

Program-program di buat realistik, sederhana dan dapat dikerjakan. Misalnya tujuan umum, disederhanakan menjadi tujuan khusus dengan sasaran lebih jelas atau tujuan dibuat lebih operasional.

#### 2.9.4.5 Mekanisme

Mekanisme pelaksanaan koordinasi ditentukan oleh keanekaragaman aktivitas dan interdependensi dari mereka yang terlibat dalam koordinasi. Aktivitas dapat dilakukan oleh dua atau lebih aktor. Suatu upaya dengan keanekaragaman tinggi dan saling tergantung memerlukan koordinasi yang baik. Tanpa koordinasi yang baik, yang terjadi adalah berbagai konflik dan masalah ( Kotter J.P, 1985 ). Ada tiga jenis ketergantungan dalam koordinasi yaitu: ( 1 ) *pooled interdependency*, ( 2 ) *reciprocal interdependency*, ( 3 ) *sequential interdependency*.

### 2.10 Supervisi

Keberhasilan pelaksanaan pendekatan jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar sangat tergantung dari mutu supervisi yang dilakukan para supervisor kabupaten/kota. Pengalaman menunjukkan bahwa supervisi yang dilakukan tidak sesuai ketentuan baik yang menyangkut frekuensi dan prosedur supervisi serta yang lebih penting lagi adalah pemahaman terhadap materi yang disupervisi dan ketrampilan supervisor (Depkes RI, 2000).

Seorang supervisor harus memiliki tiga macam ketrampilan, yaitu ketrampilan teknis, artinya mengerti seluk beluk pekerjaan yang akan disupervisi,

ketrampilan hubungan antar manusia, seperti kemampuan memotivasi dan mendorong serta ketrampilan konseptual, artinya kemampuan analisis.

#### **2.10.1 Tujuan :**

1. Meningkatkan kinerja petugas Puskesmas yang disupervisi, sehingga pelaksanaan jaminan mutu terlaksana secara efektif dan efisien
2. Bersama-sama petugas Puskesmas menemukan, memecahkan dan mencegah terjadinya masalah mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas dan atau Puskesmas pembantu.
3. Memperbaiki kinerja Puskesmas dalam meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan secara berkesinambungan.
4. Memberikan umpan balik dan membuat kesepakatan tindak lanjut terhadap temuan supervisi.
5. Mendukung mendidik petugas Puskesmas dengan fokus peningkatan kinerja (Depkes RI, 2000).

Supervisi dalam jaminan mutu adalah bagian dari proses pengendalian yang merupakan tindak lanjut kegiatan implementasi untuk memastikan bahwa pelaksanaan tugas sesuai dengan yang direncanakan dan pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar yang telah disepakati atau ditetapkan.

Aspek atau ruang lingkup dalam melaksanakan monitoring supervisi meliputi hal sebagai berikut :

1. Pelayanan terhadap klien
2. Manajemen program
3. Pelaksanaan kegiatan

4. Pengembangan dan penerapan dimensi mutu

5. Inovasi dalam pelaksanaan (Depkes RI, 2000)

Supervisi dari tingkat kabupaten/kota ke kecamatan/Puskesmas hendaknya dapat dilaksanakan sekurang-kurangnya 2 kali pertahun/kecamatan/Puskesmas, sedangkan dari tingkat kecamatan/Puskesmas ke desa/Posyandu dapat dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali per desa/posyandu. Dari 4 kali kunjungan tersebut diusahakan sekurang-kurangnya 1 kali berupa kunjungan tim/kelompok (Depkes RI, 1990)

Supervisi atau pembimbingan adalah salah satu upaya pengarahan dengan pemberian petunjuk dan saran setelah menemukan alasan dan keluhan pelaksana dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi, juga merupakan upaya pembinaan dan pengarahan untuk meningkatkan gairah dan prestasi kerja (Supriyanto, Damayanti, 2005)

Supervisi menurut Ilyas (2002) merupakan proses memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi tercapai, dimana kemampuan supervisor untuk secara efektif mempekerjakan personil agar mencapai tujuan departemen adalah penting bagi kesuksesan supervisor.

Asbikanasi (1991) dalam Ilyas (2002) mengemukakan bahwa supervisor yang berasal dari lembaga kontrol eksternal akan kurang sensitif dalam menilai kinerja subordinat dan akan mengevaluasi lebih negatif daripada supervisor dengan kontrol internal.

Glad (1991) dalam Ilyas (2002) menyatakan bahwa sering organisasi bertindak konfrontatif terhadap masalah penampilan kerja personil. Glad menyarankan 4 langkah yang perlu dilakukan bila supervisor ingin memperbaiki kondisi ini yaitu :

1. Menciptakan keseimbangan antara kebutuhan personil dan tujuan organisasi
2. Penilaian manfaat utama dari penyelesaian problem
3. Membuat kontras kinerja saat ini dengan kinerja yang diharapkan
4. Menentukan faktor penyebab dan mengembangkan rencana aktifitas untuk menyelesaikan problem

### **2.11 Focus Group Discussion (FGD)**

*Focus group discussion* adalah suatu teknik dalam pengumpulan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan moderator (Qomarudin, 2002).

Adapun karakteristik FGD adalah sebagai berikut :

- 1) FGD melibatkan 6-12 orang
- 2) Peserta adalah homogen dan tidak memiliki hubungan langsung dan vertikal
- 3) FGD bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai persepsi peserta
- 4) FGD merupakan diskusi yang berfokus pada sebuah group yang dinamis
- 5) Manfaat yang dapat diperoleh dari FGD adalah memberikan informasi pada para pengambil keputusan.

Proses pelaksanaan FGD adalah sebagai berikut :

1. Menetapkan tujuan
2. Menetapkan peserta

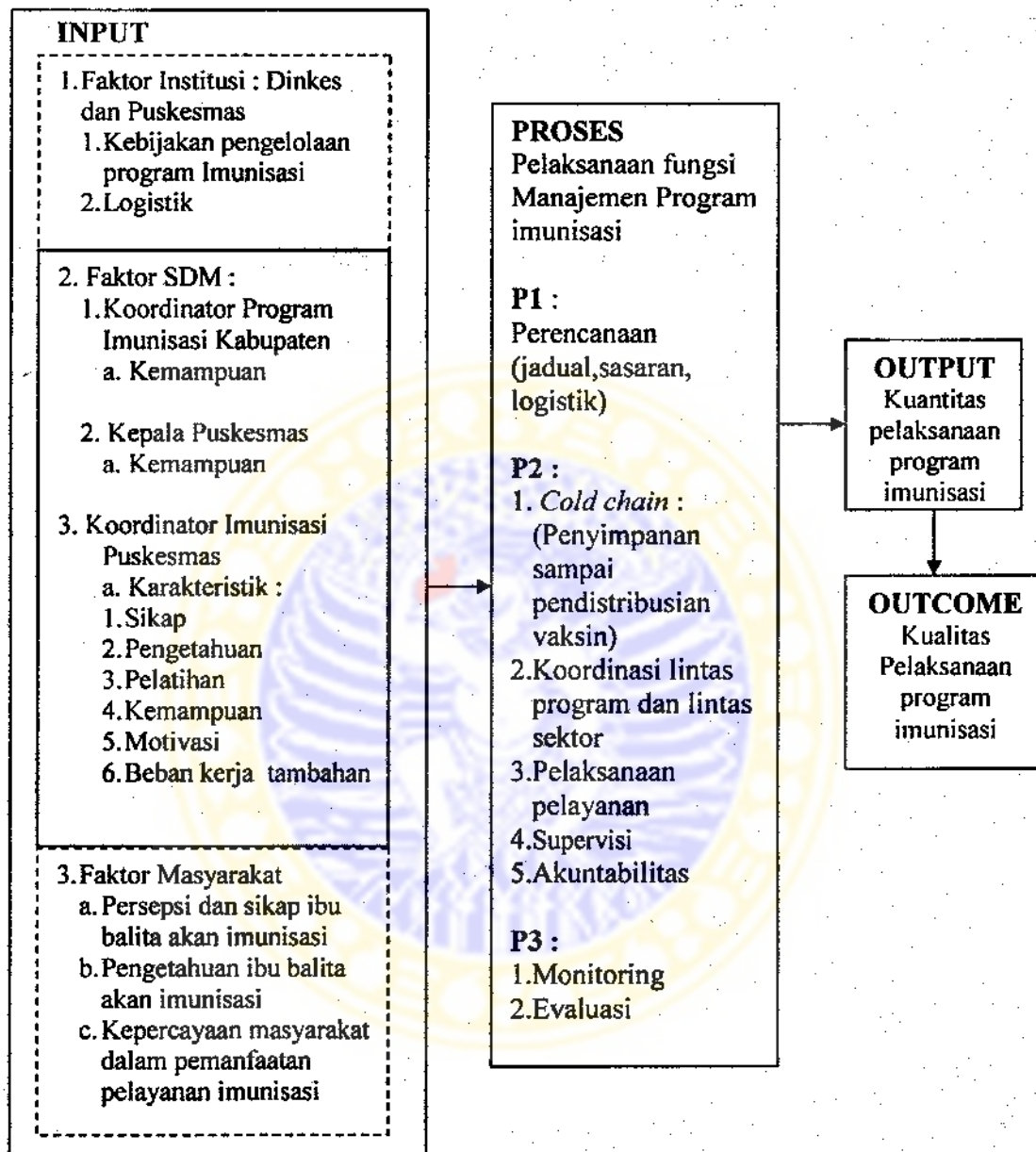
3. Menetapkan moderator dan notulen
4. Membuat pertanyaan
5. Melaksanakan FGD
6. Analisis dan interpretasi hasil FGD.

**Keuntungan FGD :**

1. Synergizer : Suatu kelompok yang mampu menghasilkan satu informasi, ide dan pandangan yang luas
2. Snowballing : Komentar yang didapat secara acak dari responden dapat memunculkan suatu rantai respon yang menghasilkan ide baru
3. Stimulation : Pengalaman dari kelompok sendiri merupakan sesuatu yang menyenangkan dan mendorong partisipasi
4. Security : Individu responden merasa aman dalam kelompok dan lebih bebas mengutarakan perasaan dan pikiran
5. Spontaneity : Individu tidak diharapkan menjawab setiap pertanyaan, oleh karena diharapkan jawaban lebih memiliki arti karena melakukan suatu proses kelompok (Qommarudin, 2002)

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL**



Keterangan : ——— diteliti  
 - - - - - Tidak diteliti

**Gambar 3.1:** Bagan Kerangka Konseptual Penelitian Upaya Peningkatan Kualitas pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Pamekasan

Dari gambar kerangka konseptual di atas dapat diuraikan sebagai berikut :

Kualitas pelaksanaan program imunisasi di pengaruhi oleh berbagai faktor yaitu :

- 1) faktor institusi yaitu Dinas Kesehatan dan Puskesmas meliputi kebijakan pengelolaan program imunisasi dan sarana logistik
- 2) faktor Sumberdaya Manusia yaitu koordinator imunisasi Kabupaten, Kepala Puskesmas dan koordinator imunisasi Puskesmas. Koordinator imunisasi Kabupaten dan Kepala Puskesmas meliputi kemampuan dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi. Dan karakteristik koordinator program imunisasi di Puskesmas meliputi sikap, pengetahuan, pelatihan, kemampuan, motivasi, dan beban kerja tambahan dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
- 3) Faktor masyarakat meliputi : persepsi, sikap, pengetahuan dan kepercayaan ibu balita dalam pemanfaatan pelayanan imunisasi.
- 4) Pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi meliputi P1 (perencanaan), P2 (pengelolaan *cold chain*, koordinasi lintas program dan lintas sektor, pelaksanaan pelayanan, akuntabilitas ) dan P3 (monitoring dan evaluasi).

Apabila faktor input (institusi, sumberdaya manusia, masyarakat) dan proses (pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi) dapat berinteraksi dengan baik maka kuantitas dan kualitas pelaksanaan program imunisasi akan tercapai.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1 Rancang Bangun Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian survei yang dilakukan secara *crosssectional*. Penelitian survei ini menggunakan total coverage populasi dan dalam pelaksanaannya menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data (Zainuddin, 2004).

#### **4.2 Populasi dan besar sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi dari penelitian ini adalah koordinator imunisasi Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, dan koordinator imunisasi Puskesmas di Kabupaten Pameksan

##### **4.2.2 Besar sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah :

1. Seluruh kepala Puskesmas di Kabupaten Pameksan sebanyak 20 orang.
2. Seluruh koordinator imunisasi Puskesmas di Kabupaten Pameksan sebanyak 20 orang
3. Koordinator Imunisasi Kabupaten di Dinas Kesehatan Kabupaten Pameksan sebanyak 2 orang.



## **4.3 Variabel penelitian dan definisi operasional variabel**

### **4.3.1 Variabel Penelitian**

Ada beberapa variabel dalam penelitian ini yaitu:

**a. Variabel dependen :**

Variabel hasil : Kualitas pelaksanaan program imunisasi

**b. Variabel independen :**

**1. Variabel input :**

a. Kemampuan koordinator Program Imunisasi Kabupaten dan Kepala Puskesmas

b. Karakteristik Koordinator Program Imunisasi Puskesmas, yang meliputi : Sikap, Kemampuan, Pengetahuan, Pelatihan, Motivasi dan beban kerja tambahan

**2. Variabel Proses :**

Pelaksanaan fungsi manajemen Program Imunisasi, meliputi : P1 (Perencanaan), P2 (Pengelolaan *Cold chain*, Koordinasi lintas program dan lintas sektor, Pelaksanaan pelayanan, Supervisi, Akuntabilitas) dan P3 (Monitoring dan Evaluasi)

#### 4.3.2 Definisi operasional variabel dan cara pengukurannya

Variabel	Definisi operasional variabel	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data	Keterangan
Kualitas pelaksanaan program imunisasi	Tercapainya target imunisasi melalui pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi sesuai pedoman penyelenggaraan munisasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cakupan imunisasi</li> <li>2. P1 – P3 sesuai standar</li> </ol>	<p>Wawancara dengan petunjuk kuesioner dan observasi dokumen</p> <p>Ada 8 variabel yang diukur dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi</p> <p><b>P1 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perencanaan</li> </ol> <p><b>P2 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Cold-chain</i></li> <li>2. Koordinasi lintas program dan lintas sektor</li> <li>3. Pelaksanaan pelayanan</li> <li>4. Supervisi</li> <li>5. Akuntabilitas</li> </ol> <p><b>P3</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring</li> <li>2. Evaluasi</li> </ol>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum optimal, bila &gt; 20% hasilnya buruk</li> <li>2. Optimal bila &gt; 80% hasilnya baik</li> </ol>

Variabel	Definisi operasional variabel	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data	Keterangan
Kemampuan	Pernyataan subyektif petugas tentang ketrampilan pelaksanaan manajemen imunisasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya dokumen Perencanaan</li> <li>2. Adanya mekanisme pengelolaan <i>cold chain</i></li> <li>3. Adanya koordinasi lintas program dan lintas sektor</li> <li>4. Adanya jadwal supervisi</li> <li>5. Adanya dokumen pencatatan dan pelaporan</li> <li>6. Adanya jadwal evaluasi</li> </ol>	Wawancara dengan panduan kuesioener dan observasi	Ordinal	Mean rata-rata : 1-1,75 = STM 1,76-2,5 = TM 2,51 - 3,25 = M 3,26 - 4 = SM
Sikap	Sikap adalah tanggapan setuju atau tidak setuju responden tentang pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi	Adanya tanggapan positif atau negatif	Wawancara dengan panduan kuesioner :	Ordinal	Mean rata-rata : 1-1,75 = STB 1,76-2,5 = TB 2,51 - 3,25 = B 3,26 - 4 = SM
Pengetahuan	Adalah pemahaman petugas tentang pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi	Kesesuaian jawaban	Wawancara dengan kuesioner		Mean rata-rata : < 55 = jelek 55 - 80 = sedang > 80 = baik

Variabel	Definisi operasional variabel	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data	Keterangan
Pelatihan Imunisasi	Adalah pelatihan tentang imunisasi yang diikuti oleh petugas	Adanya sertifikat pelatihan	Wawancara dengan panduan kuesioner	Nominal	1. Belum 2. Sudah
Motivasi	adalah pernyataan petugas mengenai dorongan untuk melaksanakan fungsi manajemen program imunisasi	Faktor motivator : 1.Prestasi 2.Pengakuan 3.Jenis Pekerjaan 4.Peluang karir 5.Tanggungjawab Faktor Hygiene : 1. Kebijakan 2. Sistim imbalan 3. Kondisi kerja 4. Hubungan antar pribadi	Wawancara dengan panduan kuesioner		Mean rata-rata : 1-1,75 = Sangat rendah 1,76-2,5 = rendah 2,51 – 3,25 = tinggi 3,26 – 4 = Sangat tinggi
Beban kerja tambahan	Persepsi petugas terhadap tugas tambahan selain tugas pokok dan fungsinya	jumlah tugas tambahan	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1.Tidak mengganggu 2.mengganggu
Perencanaan	Kegiatan yang dilakukan mulai dari analisa situasi sampai penentuan alokasi sumberdaya untuk kegiatan	1. dokumen jumlah sasaran 2. dokumen target 3. dokumen imunisasi	Wawancara dengan kuesioner dan observasi dokumen	ordinal	1. Tidak ada perencanaan 2. Ada perencanaan

Variabel	Definisi operasional variabel	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data	Keterangan
	menyusun jadwal pelayanan, menghitung sasaran dan target cakupan, menghitung kebutuhan vaksin, dan menghitung kebutuhan sarana <i>cold-chain</i>	kebutuhan vaksin 4. dokumen kebutuhan sarana <i>cold-chain</i> 5. dokumen jadwal imunisasi			
Pengelolaan <i>Cold-chain</i>	Pengelolaan rantai dingin oleh petugas mulai pengadaan, penyimpanan, pendistribusian sampai pemakaian vaksin	1. dokumen pencatatan suhu lemari es 2. dokumen pencatatan stock vaksin 3. dokumen pendistribusian vaksin 4. dokumen pemakaian vaksin	Wawancara dengan kuesioner dan observasi Ada 4 item kegiatan yang harus dilakukan pada pengelolaan <i>cold-chain</i> : 1. Buruk, bila ada salah satu kegiatan tidak dilakukan 2. Baik, bila semua kegiatan dilakukan	Nominal	1.Buruk 2.Baik

Variabel	Definisi operasional variabel	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data	Keterangan
Pelaksanaan Pelayanan	Kegiatan imunisasi yang meliputi persiapan petugas dan persiapan masyarakat	1. kegiatan persiapan petugas 2. kegiatan persiapan masyarakat	Wawancara dengan kuesioner	Nominal	1. Tidak dilakukan 2. Dilakukan
Koordinasi	Adalah adanya dukungan dan kerjasama dari lintas program dan lintas sektor tentang pelaksanaan program imunisasi	Frekuensi koordinasi Hal-hal yang dikoordinasikan	wawancara dengan petunjuk kuesioner	Ordinal	1. Tidak pernah 2. Jarang: 1 – 2 x / tahun 3. Sering: 3-4 x / tahun 4. Sering sekali : > 4x/th
Supervisi	Adalah kegiatan atasan langsung untuk monitoring dan evaluasi pelaksanaan program imunisasi. dan membantu mencari solusi apabila ditemukan masalah.	Frekwensi supervisi	wawancara dengan petunjuk kuesioner	ordinal	1. Tidak pernah 2. Jarang: 1 – 2 x / tahun 3. Sering: 3-4 x / tahun 4. Sering sekali : > 4x/th
Akuntabilitas	Adalah pencatatan dan pelaporan meliputi cakupan imunisasi, stock vaksin dan barang immunisasi	1 dokumen pencatatan : a. hasil cakupan b. stock vaksin dan pemakaian vaksin c. barang imunisasi	Wawancara dengan kuesioner dan observasi dokumen Ada 3 item yang harus dicatat dan dilaporkan :	Ordinal	1. Buruk 2. Baik

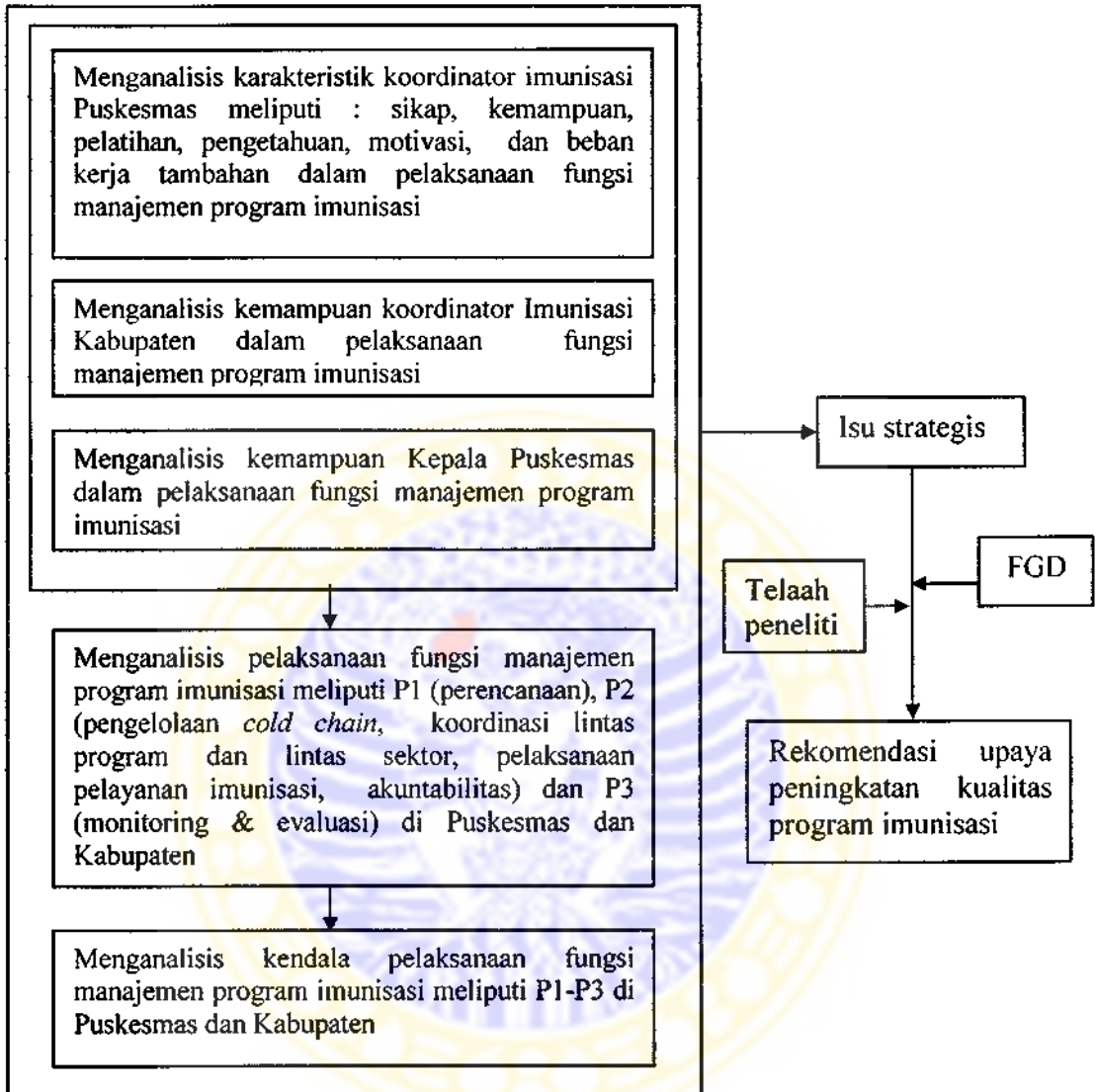
Variabel	Definisi operasional variabel	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data	Keterangan
		2. dokumen pelaporan : a. hasil cakupan b. stock vaksin dan pemakaian vaksin c. barang imunisasi	1. Buruk, pencatatan dilakukan namun dokumen tidak lengkap dan pelaporan melebihi tanggal 5 bulan berikutnya 2. Baik, bila pencatatan dilakukan, dokumen lengkap dan pelaporan tanggal 5 bulan berikutnya		
Monitoring	Kegiatan untuk mengakaji dan mengkoreksi pelaksanaan imunisasi	Dokumen PWS dalam bentuk grafik tentang hasil imunisasi	Wawancara dengan kuesioner dan observasi dokumen	Ordinal	1. Buruk, bila dokumen tidak lengkap 2. Baik, dokumen lengkap

Variabel	Definisi operasional variabel	Indikator	Cara Pengukuran	Skala data	Keterangan
Evaluasi	Kegiatan mengetahui hasil dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan	Frekwensi evaluasi	Wawancara dengan kuesioner	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah</li> <li>2. Jarang: 1 – 6 x / tahun</li> <li>3. Sering: &gt;6 x / tahun</li> </ol>





#### 4.4 Tata Laksana Penelitian (kerangka operasional)



Gambar 4.4.1 Kerangka Operasional Penelitian Upaya Peningkatan Kualitas program imunisasi di Kabupaten Pamekasan

Kerangka operasional di dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Menganalisis kemampuan koordinator imunisasi di Kabupaten dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
2. Menganalisis kemampuan Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
3. Menganalisis karakteristik koordinator imunisasi Puskesmas meliputi : sikap, pengetahuan, pelatihan, kemampuan , motivasi dan beban kerja tambahan dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
4. Menganalisis pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi meliputi P1 (perencanaan), P2 (pengelolaan *cold chain*, koordinasi lintas program dan lintas sektor, pelaksanaan pelayanan imunisasi, akuntabilitas) dan P3 (monitoring dan evaluasi)
5. Menganalisis kendala pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi meliputi P1-P3
6. Hasil analisis muncul isu strategis
7. Isu strategis, ditelaah peneliti dan dilakukan FGD
8. Menyusun rekomendasi upaya peningkatan kualitas cakupan imunisasi melalui FGD berdasarkan isu strategis yang dihasilkan pada hasil penelitian. Rekomendasi ini untuk digunakan Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan dalam rangka meningkatkan kualitas cakupan imunisasi.

#### **4.5 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah wawancara dan observasi dengan panduan kuesioner.

#### **4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian akan dilakukan di Kabupaten Pamekasan pada seluruh puskesmas sebanyak 20 Puskesmas, selama bulan Mei – Juni tahun 2006.

#### **4.7 Pengumpulan Data**

Data primer dikumpulkan dari responden dengan cara wawancara terstruktur dengan panduan kuisisioner dan observasi terhadap dokumen untuk mengetahui pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi oleh koordiantor imunisasi kabupaten, kepala puskesmas dan koordinator imunisasi Puskesmas. Jika ada perbedaan antara hasil wawancara dan observasi dokumen maka yang digunakan sebagai hasil penelitian adalah hasil observasi. Sebelum kuesioner digunakan, dilakukan uji coba dahulu pada beberapa sampel responden, untuk mengetahui validitas kuesioner. Uji validitas dipergunakan untuk mengetahui kevalidan instrumen tersebut dalam mengukur data

#### **4.8 Tehnik Analisa Data**

Teknik analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini bersikap diskriptif yaitu hanya menggambarkan keadaan yang sebenarnya, kemudian keadaan tersebut dibandingkan dengan standar yang telah ditentukan oleh Depkes RI. Apabila ada hal-

hal yang menyimpang dari standar akan dimasukkan sebagai criteria isu strategis dan selanjutnya akan dibahas lewat FGD, selanjutnya dicari solusi pemecahannya untuk dijadikan bahan untk menyusun rekomendasi upaya peningkatan kualitas cakupan imunisasi di Kabupaten Pamekasan



## BAB 5

### HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

#### 5.1. Gambaran Umum Kabupaten Pamekasan

Kabupaten Pamekasan merupakan bagian dari wilayah Propinsi Jawa Timur dengan jarak  $\pm$  136 km dari ibukota Propinsi Jawa Timur yang memiliki luas wilayah 79.230 Ha ( 792,3 km<sup>2</sup> ), dengan jumlah penduduk pada tahun 2005 sebesar 726.958 jiwa . Kabupaten Pamekasan terletak antara 6 ° 51' - 7 ° 31 ' Lintang Selatan dan antara 113 °19' – 113 ° 58' Bujur Timur.

Secara administratif Pemerintahan Kabupaten Pamekasan memiliki batas wilayah :

- Sebelah Utara : Laut Jawa
- Sebelah Selatan : Selat Madura
- Sebelah Barat : Kabupaten Sampang
- Sebelah Timur : Kabupaten Sumenep.

Kabupaten Pameksan terbagi menjadi 13 Kecamatan , 11 Kelurahan dan 178 Desa.

##### 5.1.1 Demografi

Gambaran jumlah penduduk di Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut ini :

**Tabel 5.1** Distribusi Penduduk Kabupaten Pamekasan Menurut Golongan umur tahun 2005

No	Umur (tahun)	Jenis Kelamin		Jumlah Penduduk
		Laki-laki	Perempuan	
1	0 - 4	31.654	32.399	64.053
2	5 - 9	37.340	36.904	74.244
3	10 - 14	37.561	35.567	73.128
4	15 - 24	68.677	75.327	144.004
5	25 - 49	131.294	142.309	273.603
6	50 - 64	32.602	35.579	68.181
7	65 +	12.279	17.494	29.773
JUMLAH		351.407	375.579	726.986

Sumber : Profil Kabupaten Pamekasan tahun 2005

Dari tabel 5.1 dapat dipelajari bahwa jumlah penduduk Kabupaten Pamekasan terbanyak adalah perempuan dan berusia antara 25 – 49 tahun, dengan laju pertumbuhan penduduk tahun 2005 sebesar 1,95%

### 5.1.2 Gambaran sumber daya kesehatan

Gambaran atau situasi sumberdaya kesehatan di Kabupaten Pamekasan adalah sebagai berikut :

#### 1. Gambaran atau situasi sarana pelayanan kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Pamekasan adalah sebagai berikut :

**Tabel 5.2** Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Pamekasan tahun 2005

No.	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum	1
2	Puskesmas	20
3	Puskesmas Pembantu	
4	Polindes	
5	Posyandu	733

Sumber : Profil Kabupaten Pamekasan tahun 2005

Dari tabel 5.2 dapat dipelajari bahwa rasio jumlah sarana kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk di Kabupaten Pamekasan, telah mencukupi untuk akses pelayanan kesehatan bagi penduduk di Kabupaten Pamekasan.

## 2. Gambaran atau situasi tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan di Puskesmas Kabupaten Pamekasan adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.3** Jenis tenaga kesehatan di Puskesmas Kabupaten Pamekasan tahun 2005

No.	Jenis tenaga	Jumlah
1	Medis	37
2	Perawat dan Bidan	231
3	Farmasi	1
4	Gizi	24
5	Tekhnisi medis	6
6	Sanitasi	12
7	Sarjana Kesehatan Masyarakat	0

Berdasarkan tabel 5.3 bahwa ketersediaan tenaga kesehatan di Kabupaten Pamekasan cukup untuk melaksanakan program imunisasi, sehingga diharapkan kualitas pelaksanaan program imunisasi dapat tercapai.

## 5.2. Gambaran umum subyek penelitian

Pengumpulan data dilakukan selama dua bulan di semua Puskesmas Kabupaten Pamekasan, dengan responden 20 orang Kepala Puskesmas, 20 orang Koordinator Program Imunisasi Puskesmas dan 2 orang Koordinator Program Imunisasi Kabupaten.

### 5.2.1 Karakteristik responden

Karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja. Uraian masing-masing karakteristik dari masing-masing responden adalah sebagai berikut:

#### 1. Jenis kelamin

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel berikut ini :

**Tabel 5.4** : Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin tahun 2006

Jenis kelamin	Kepala Puskesmas		Koordinator imunisasi Puskesmas		Koordinator imunisasi Kabupaten	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Laki-laki	14	70	16	80	2	100
Perempuan	6	30	4	20	-	0
Jumlah	20	100	20	100	2	100

Sumber: Data primer, Juni 2006

Tabel 5.4 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar Kepala Puskesmas (70%) dan pengelola program Imunisasi baik di Puskesmas (80%) maupun Kabupaten (100%) adalah laki-laki.

#### 2. Umur

**Tabel 5.5** : Distribusi responden berdasarkan umur tahun 2006

Umur	Kepala Puskesmas		Koordinator imunisasi Puskesmas		Koordinator imunisasi Kabupaten	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
≤ 35 tahun	5	25	1	5	-	0
36 – 40 tahun	5	25	4	20		
41 – 45 tahun	7	35	9	45	2	100
> 45 tahun	3	15	6	30		
Jumlah	20	100	20	100	2	100

Sumber: Data primer, Juni 2006



Dari tabel 5.5 diatas dapat dipelajari bahwa baik Kepala Puskesmas, Koordinator imunisasi Puskesmas dan Koordinator imunisasi Kabupaten terbanyak berumur antara 41-45 tahun, yang termasuk usia produktif. Hal tersebut akan berpengaruh baik terhadap kualitas pelaksanaan program imunisasi.

## 2. Tingkat Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan, dapat dipelajari pada tabel 5.6 dibawah ini :

**Tabel 5. 6:** Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan tahun 2006

Pendidikan	Kepala Puskesmas		Koordinator imunisasi Puskesmas		Koordinator imunisasi Kabupaten	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
Tamat SMP	-	-	5	25	-	-
Tamat SMA	-	-	14	70	1	50
Diploma III	-	-	1	5	-	-
Tamat S1	15	75	-	-	1	50
Tamat S2	5	25	-	-	-	-
Jumlah	20	100	20	100	2	100

Sumber: Data primer, Juni 2006

Tabel 5.6 diatas dapat diketahui bahwa untuk sebagian besar Koordinator program Imunisasi 70% mempunyai tingkat pendidikan SMA dengan latar belakang non kesehatan, sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar Koordinator program Imunisasi kemungkinan pengetahuannya tentang pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi rendah.

## 3. Masa Kerja

Berikut ini akan disajikan distribusi responden berdasarkan masa kerja sebagai Kepala Puskesmas dan Koordinator Program Imunisasi

**Tabel 5.7 : Distribusi responden berdasarkan masa kerja tahun 2006**

Masa kerja	Kepala Puskesmas		Koordinator imunisasi Puskesmas		Koordinator imunisasi Kabupaten	
	Frekuensi	%	Frekuensi	%	Frekuensi	%
< 5 tahun	6	30	-	-	-	-
5 - 10 tahun	4	20	10	50	2	100
11 – 15 tahun	3	15	3	15	-	-
> 15 tahun	7	35	7	35	-	-
Jumlah	20	100	20	100	2	100

Sumber: Data primer, Juni 2006

Tabel 5.7 diatas menunjukkan bahwa 50% Kepala Puskesmas dan 50% koordinator imunisasi Puskesmas mempunyai masa kerja > 11 tahun, sedangkan 100% Koordiantor imunisasi Kabupaten mempunyai masa kerja 5-10 tahun. Dapat disimpulkan bahwa baik Kepala Puskesmas dan Koordinator imunisasi Puskesmas mempunyai masa kerja cukup lama. Namun hal tersebut belum tentu berpengaruh terhadap kinerja sebab menurut Nimran (1997) meskipun hubungan senioritas-produktivitas telah diselidiki secara luas, tidak ada indikasi bahwa pekerja dengan masa kerja yang lebih lama akan lebih produktif dari mereka yang baru bekerja.

### 5.3 Karakteristik Koordinator program imunisasi puskesmas

Karakteristik koordinator imunisasi puskesmas pada penelitian ini meliputi pengetahuan, pelatihan, sikap, motivasi, kemampuan, dan beban kerja tambahan

#### 5.3.1 Pengetahuan

Distribusi berdasarkan tingkat pengetahuan koordinator program imunisasi di Puskesmas Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada tabel 5.8 dibawah ini :

**Tabel 5.8** Distribusi koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan pengetahuan di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No.	Item	n	Jawaban		Mean benar	keterangan
			Salah	Benar		
1	Gejala polio	20	18	2	10	kurang
2	Strategi eradikasi polio	20	11	9	45	kurang
3	Vaksin polio sensitif panas	20	4	16	80	baik
4	Anak diare dapat diberi polio	20	11	9	45	kurang
5	Perhitungan kebutuhan vaksin	20	9	11	55	sedang
6	Suhu simpan vaksin polio	20	4	16	80	baik
7	Yang dicatat dalam pencatatan	20	4	16	80	baik
8	Tujuan PWS imunisasi	20	16	4	20	kurang
	<b>PENGETAHUAN</b>	20			51,88	

Sumber: Data primer, Juni 2006

Keterangan :

< 55 = jelek

55 - 80 = sedang

> 80 = baik

Dari tabel 5.8 diatas terlihat bahwa pengetahuan koordinator imunisasi puskesmas masih jelek dalam hal aspek medik yaitu tentang gejala polio, strategi eradikasi polio, pemberian polio pada anak diare dan tujuan PWS imunisasi.

Rendahnya pengetahuan petugas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi, akan berdampak pada kualitas pelaksanaan program imunisasi.

### 5.3.2 Pelatihan imunisasi

Distribusi responden berdasarkan pelatihan imunisasi yang diikuti dapat dilihat pada tabel 5.9 berikut ini :

**Tabel 5.9** Distribusi Koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan pelatihan imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

Pelatihan	Jumlah	Persen (%)
Belum pernah	1	5
Pernah	19	95
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.9 diatas, dapat ditunjukkan bahwa hampir semua koordinator imunisasi Puskesmas (95%) pernah mengikuti pelatihan imunisasi, dan hanya 5% yang belum mengikuti pelatihan imunisasi. Sedangkan sertifikat yang diperoleh dari hasil pelatihan, dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut :

**Tabel 5.10** Distribusi Koordinator imunisasi Puskesmas Kabupaten Pamekasan berdasarkan sertifikat pelatihan imunisasi yang diterima tahun 2006

Sertifikat	Jumlah	Persen (%)
Tidak ada	7	36,85
Ada	12	63,15
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.9 dan tabel 5.10 diatas, dapat diketahui bahwa mayoritas Koordinator imunisasi Puskesmas telah mengikuti pelatihan, tetapi belum semuanya mendapat sertifikat. Pelatihan yang diterima rata-rata  $\pm$  10 tahun yang lalu, sehingga pengetahuan mereka menjadi kurang karena banyak yang sudah lupa, dan hal ini akan berdampak pada kualitas pelaksanaan imunisasi.

### 5.3.3 Sikap

Pada tabel 5.11 dibawah ini, akan disajikan sikap responden terhadap pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.

**Tabel 5.11** Distribusi Koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan Sikap

No	Sikap	n	STS		TS		S		SS		Mean	Kete-rangan
			frek	%	frek	%	frek	%	frek	%		
1	Bahwa perencanaan adalah bagian yang sangat penting dalam pengelolaan program imunisasi	20	-	-	-	-	8	40	12	60	3,6	Sangat baik
2	Bahwa penentuan sasaran dan target cakupan adalah dasar dari perencanaan, monitoring dan evaluasi program	20	-	-	1	5	7	35	12	60	3,55	Sangat baik
3	Pengelolaan cold chain yang baik akan mempengaruhi efek perlindungan pemberian imunisasi	20	-	-	3	15	5	25	12	60	3,45	Sangat baik
4	Penyimpanan vaksin perlu diperhatikan susunannya	20	1	5	1	5	12	60	6	30	3,15	baik
5	Vaksin yang dipakai harus vaksin yang poten dan aman	20	1	5	3	15	7	35	9	45	3,55	Sangat baik
6	Sarana coldchain dibuat secara khusus untuk menjaga potensi vaksin	20	-	-	-	-	11	55	9	45	3,45	Sangat baik
7	Dalam merencanakan pengadaan sarana, ujicoba dilapangan perlu dilakukan	20	1	5	3	15	14	70	2	10	2,95	baik
8	Dukungan serta peran lintas program dan lintas sektor sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan program imunisasi	20	-	-	-	-	8	40	12	60	3,6	Sangat baik
9	Hasil kegiatan imunisasi dicatat dalam buku kuning dan dilaporkan ke Kabupaten paling lambat tanggal 5 tiap bulan	20	-	-	-	-	15	75	5	25	3,25	baik
10	Setiap petugas imunisasi perlu mengadakan pemantauan agar pelaksanaan dapat diketahui tiap bulan	20	-	-	1	5	13	65	6	30	3,25	baik
	SIKAP	20									3,38	Sangat baik

Sumber: Data primer, Juni 2006

Keterangan :

1 - 1,75 = sangat tidak baik

1,76 - 2,5 = kurang baik

2,51 - 3,25 = baik

3,26 - 4 = sangat baik

STS : Sangat tidak setuju

TS : Tidak setuju

S : Setuju

SS : Sangat setuju

Dari tabel 5.11 diatas dapat dipelajari bahwa sikap koordinator imunisasi puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi adalah sangat baik, yang ditunjukkan dengan pernyataan sangat setuju dalam hal Perencanaan (P1), dukungan lintas program dan lintas sektor, pencatatan hasil imunisasi (P2) dan perlunya pemantauan terhadap pelaksanaan imunisasi (P3). Walaupun sikapnya sangat baik tetapi bila pengetahuan (kognitif) rendah maka kualitas pelaksanaan imunisasi tidak tercapai.

### 5.3.4 Motivasi

. Distribusi koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan motivasi di Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada tabel 5.12.

**Tabel 5.12** Distribusi koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan motivasi di kabupaten Pamekasan tahun 2006

No	Item	n	Nilai				Nilai Rata-rata (nilai x freq) n
			1	2	3	4	
<b>A</b>	<b>MOTIVATOR</b>						
1	Penilaian Prestasi Kerja	20	1	13	1	5	2,50
2	Pengakuan atas hasil kerja	20	3	8	7	2	2,40
3	Kesempatan melanjutkan pendidikan	20	18	0	0	2	1,30
4	Jenis Pekerjaan	20	1	6	13	0	2,60
5	Tanggungjawab	20	0	13	7	0	2,35
	<b>RATA-RATA</b>						<b>2,23</b>
<b>B</b>	<b>HIGIENE</b>						
1	Kebijakan	20	11	2	6	1	1,85
2	Insentif yang diterima	20	6	6	8	0	2,10
3	Kondisi kerja	20	2	9	9	0	2,35
4	Hubungan dengan rekan sekerja	20	0	6	11	3	2,85
5	Hubungan dengan atasan	20	0	5	12	3	2,90
	<b>RATA-RATA</b>						<b>2,41</b>
	<b>RATA-RATA TOTAL</b>						<b>2,32</b>

Sumber: Data primer, Juni 2006

Keterangan : nilai 1,2,3 dan 4 menunjukkan nilai makin tinggi berarti makin baik

Kriteria :

- 1 – 1,75 = sangat rendah
- 1,76 – 2,5 = rendah
- 2,51 – 3,25 = tinggi
- 3,26 – 4 = sangat tinggi

Dari tabel 5.12 tersebut diatas, dapat dipelajari bahwa motivasi koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi rendah. Rendahnya motivasi koordinator imunisasi Puskesmas disebabkan tidak adanya penilaian atas prestasi kerja, tidak adanya pengakuan atas hasil kerja, tidak adanya kesempatan untuk melanjutkan pendidikan, tanggungjawab sebagai koordinator imunisasi berat, kebijakan yang kurang operasional, rendahnya insentif yang diterima dan kondisi kerja yang kurang mendukung. Rendahnya motivasi akan menyebabkan kualitas pelaksanaan imunisasi tidak tercapai.

### 5.3.5 Kemampuan

Berikut pada tabel 5.13 akan disajikan distribusi responden berdasarkan kemampuan dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.

**Tabel 5.13** Distribusi Koordinator imunisasi Puskesmas berdasarkan kemampuan

	Kemampuan	n	STM		TM		M		SM		Mean	Ket
			frek	%	frek	%	frek	%	frek	%		
P1	menentukan target cakupan, jumlah sasaran, kebutuhan vaksin, kebutuhan sarana prasarana	20	-	-	-	-	17	85	3	15	3,15	M
P2	Mengelola coldchain	20	-	-	1	5	14	70	5	25	3,2	M
P2	Berkoordinasi dengan lintas program dan lintas sektor	20	-	-	2	10	15	75	3	15	3,05	M
P2	Menginventarisasi sasaran, menyiapkan vaksin, menyiapkan ADS dan safety box	20	-	-	-	-	19	95	1	5	3,05	M
P2	Melakukan pencatatan dan pelaporan	20	-	-	-	-	16	80	4	20	3,2	M
P3	Membuat PWS imunisasi	20	-	-	1	5	16	80	3	15	3,1	M
P3	Menginformasikan setiap pelatihan yang diikuti	20	-	-	1	5	17	85	2	10	3,05	M
P3	Melaporkan hasil pertemuan evaluasi di Kabupaten	20	-	-	1	5	16	80	3	15	3,1	M
	<b>KEMAMPUAN</b>	20									3,11	

Sumber: Data primer, Juni 2006

Keterangan :

1 - 1,75 = sangat tidak mampu

1,76 - 2,5 = tidak mampu

2,51 - 3,25 = mampu

3,26 - 4 = sangat mampu

STM : Sangat tidak mampu

TM : Tidak mampu

M : Mampu

SM : Sangat mampu

Dari tabel 5.13 diatas terlihat bahwa semua Koordinator imunisasi Puskesmas menyatakan mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi. Walaupun mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi tetapi motivasi untuk melaksanakan fungsi manajemen program imunisasi rendah maka kualitas pelaksanaan imunisasi tidak akan tercapai.

### 5.3.6 Beban Kerja

Banyaknya tugas tambahan yang menjadi tanggung jawab responden, selain tugas di program imunisasi Puskesmas dapat dilihat pada tabel 5.14 berikut:

**Tabel 5.14:** Distribusi Koordinator Imunisasi Puskesmas berdasarkan beban kerja di Puskesmas Kabupaten Pamekasan Tahun 2006

Program Tambahan	Jumlah	Persen (%)
Hanya di Imunisasi	9	45
1 Program Tambahan	5	25
2 Program Tambahan	5	25
>2 Program Tambahan	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.14 dapat dipelajari bahwa sebagian besar koordinator imunisasi puskesmas (55%) bekerja tidak hanya di program imunisasi. Bila dilihat dari persepsi responden terhadap beban kerja tambahan dapat dilihat pada tabel 5.15. berikut:

**Tabel 5.15:** Persepsi responden terhadap beban kerja tambahan di Puskesmas Kabupaten Pamekasan Tahun 2006

Persepsi	Jumlah	Persen (%)
Tidak mengganggu	2	18
mengganggu	9	82
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Sumber: Data primer, Juni 2006



Dari tabel 5.15 dapat dipelajari bahwa 82% koordinator imunisasi mengatakan mengganggu terhadap tugas pokok dan fungsinya. Hal ini tentunya akan menurunkan motivasi mereka didalam melaksanakan fungsi manajemen program imunisasi.

## 5.4 Kemampuan responden dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi

### 5.4.1 Kemampuan Koordinator Imunisasi Kabupaten

Distribusi responden berdasarkan kemampuan dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi dapat dilihat pada tabel 5.16 berikut.

**Tabel 5.16** Distribusi Koordinator Imunisasi Kabupaten berdasarkan kemampuan

No	Kemampuan	n	STM		TM		M		SM		Mean	Keterangan
			frek	%	frek	%	frek	%	frek	%		
1	menentukan jumlah sasaran dan target cakupan	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
2	Mengelola coldchain	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
3	Berkoordinasi dengan lintas program dan lintas sektor	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
4	Pencatatan dan pelaporan	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
5	Menggunakan hasil pencatatan pelaporan untuk menyusun perencanaan	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
6	Melakukan supervisi ke Puskesmas	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
7	Membahas masalah saat supervisi	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
8	Monitoring program melalui PWS	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
9	Melakukan evaluasi	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
10	Menginformasikan setiap pelatihan yang diikuti	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
11	Melaporkan hasil pertemuan pada atasan	2	-	-	-	-	2	100	-	-	3	M
	KEMAMPUAN	2									3	

Sumber: Data primer, Juni 2006

Keterangan :

1 – 1,75 = sangat tidak mampu

1,76 – 2,5 = tidak mampu

2,51 – 3,25 = mampu

3,26 – 4 = sangat mampu

STM : Sangat tidak mampu

TM : Tidak mampu

M : Mampu

SM : Sangat mampu

Dari tabel 5.16 diatas dapat diketahui bahwa walaupun dalam prakteknya Koordinator imunisasi Kabupaten tidak berhadapan langsung dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi tetapi Koordinator imunisasi Kabupaten mampu dalam melaksanakan fungsi manajemen

#### 5.4.2 Kemampuan Kepala Puskesmas

Berikut pada tabel 5.17 akan disajikan distribusi Kepala Puskesmas berdasarkan kemampuan dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.

**Tabel 5.17** Distribusi Kepala Puskesmas berdasarkan kemampuan dalam hal pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No	Kemampuan	n	STM		TM		M		SM		Mean	Keterangan
			frek	%	frek	%	frek	%	frek	%		
1	menyusun jadwal	20	-	-	1	5	14	70	5	25	3,2	M
2	menentukan jumlah sasaran	20	-	-	-	-	17	85	3	15	3,15	M
3	menentukan target cakupan	20	-	-	-	-	19	95	1	5	3,05	M
4	Menentukan kebutuhan vaksin	20	6	30	1	5	19	95	-	-	2,95	M
5	Melakukan supervisi	20	-	-	1	5	17	85	2	10	3,05	M
6	membahas masalah hasil supervisi	20	-	-	1	5	18	90	1	5	3	M
7	menganalisis hasil pencacatan	20	-	-	1	5	18	90	1	5	3	M
8	melakukan evaluasi	20	-	-	2	10	17	85	1	5	2,95	M
	<b>KEMAMPUAN</b>	<b>20</b>									<b>3,04</b>	

Sumber: Data primer, Juni 2006

Keterangan :

1 – 1,75 = sangat tidak mampu  
 1,76 – 2,5 = tidak mampu  
 2,51 – 3,25 = mampu  
 3,26 – 4 = sangat mampu

STM : Sangat tidak mampu  
 TM : Tidak mampu  
 M : Mampu  
 SM : Sangat mampu

Dari tabel 5.17 terlihat bahwa walaupun hanya sebagai penanggungjawab program imunisasi dan tidak melaksanakan secara langsung, Kepala Puskesmas mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi. Hal ini tentunya akan dapat meningkatkan kualitas pelaksanaan imunisasi.

## 5.5 Pelaksanaan fungsi Manajemen Program Imunisasi

### 5.5.1 Perencanaan (P1)

Distribusi kegiatan perencanaan pelayanan imunisasi oleh responden dapat dilihat pada tabel 5.18 dibawah ini

**Tabel 5.18** Kegiatan Perencanaan program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No.	Perencanaan	Jumlah	%
1	Ada Perencanaan	18	90
2	Tidak ada perencanaan	2	10
	Jumlah	20	100

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.18, dapat dipelajari bahwa sebagian besar Puskesmas (90%) Puskesmas di Kabupaten Pamekasan telah menyusun perencanaan. Sedangkan 10% Puskesmas tidak ada perencanaan karena dokumen untuk kegiatan perencanaan tersebut tidak ada.

Distribusi kegiatan perencanaan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada tabel 5.19 berikut :

Tabel 5.19 Kegiatan Perencanaan imunisasi Puskesmas di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No	Kegiatan	dilakukan		Dokumen			
		$\Sigma$	%	Ada		Tidak ada	
				$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
1	Menentukan jumlah sasaran	20	100	18	90	2	10
2	Menentukan target cakupan	20	100	20	100	-	0
3	Menentukan kebutuhan vaksin	20	100	20	100	-	0
4	Menentukan kebutuhan sarana	20	100	18	90	2	10
5	Menyusun jadwal posyandu	20	100	20	100	-	0
	Jumlah	20	100				

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.18 dan tabel 5.19 dapat dipelajari bahwa hampir semua Puskesmas di Kabupaten Pamekasan telah menyusun perencanaan, yang artinya bahwa Puskesmas telah paham bahwa fungsi perencanaan (P1) adalah fungsi terpenting dalam manajemen, karena fungsi ini akan menentukan fungsi-fungsi manajemen lainnya

## 5.5.2 Penggerakan pelaksanaan (P2)

### 5.5.2.1 Pengelolaan *Cold-Chain*

Distribusi kegiatan pengelolaan *cold-chain* oleh responden dapat dilihat pada tabel 5.20 dan tabel 5.21 berikut :

Tabel 5.20 Kegiatan Pengelolaan *cold-chain* program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No.	Pengelolaan <i>cold-chain</i>	Jumlah	%
1	Baik	19	95
2	Buruk	1	5
	Jumlah	20	100

Sumber: Data primer, Juni 2006

Distribusi kegiatan pengelolaan col-chain Puskesmas di Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada tabel 5.21 berikut :

**Tabel 5.21** Kegiatan pengelolaan coldchain di Puskesmas Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No	Kegiatan	n	Dilakukan sesuai standar			
			Ya		Tidak	
			$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
1	Pencatatan suhu lemari es	20	19	95	1	5
2	Penyimpanan vaksin	20	20	100	-	0
3	Pendistribusian vaksin	20	20	100	-	0
4	Pemakaian vaksin polio	20	20	100	-	0

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.20 dan tabel 5.21 dapat dipelajari bahwa 95% Puskesmas di Kabupaten Pamekasan telah melakukan pengelolaan *cold-chain* dengan baik. Sedangkan 5% Puskesmas pengelolaan *cold-chain*nya buruk karena tidak melakukan pencatatan suhu lemari es sesuai standar sehingga tidak bisa membuat grafik suhu lemari es. Hal ini disebabkan dokumen untuk kegiatan pencatatan suhu lemari es tidak ada. Adanya grafik suhu lemari es sangat mutlak karena akan menentukan daya lindung vaksin.

#### 5.5.2.2 Pelaksanaan Pelayanan

Distribusi kegiatan persiapan petugas dan persiapan masyarakat dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi dapat dilihat pada tabel 5.22 berikut :

**Tabel 5.22** Kegiatan persiapan petugas dan persiapan masyarakat dalam pelayanan program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No.	Kegiatan	Dilakukan		Tidak dilakukan	
		$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
1	Persiapan petugas				
a	Inventarisasi sasaran	20	100		
b	Persiapan vaksin dan peralatan coldchain	20	100		
c	Persiapan ADS dan safety box	20	100		
2	Persiapan masyarakat				
a	Kerjasama lintas sektor	20	100		
b	Kerjasama dengan organisasi profesi	-	0	20	100
c	Kerjasama dengan kader	20	100		

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.22 dapat diketahui bahwa semua koordinator imunisasi puskesmas (100%) melakukan persiapan petugas dan persiapan masyarakat sebelum melakukan pelayanan. Kerjasama dengan organisasi profesi tidak dilakukan, karena dianggap bukan tugas dari koordinator imunisasi puskesmas. Pelayanan imunisasi akan berjalan baik apabila telah sesuai dengan perencanaan dan ada koordinasi yang baik dari Puskesmas dan lintas sektor.

### 5.5.2.3 Koordinasi

Dukungan dan kerjasama dari lintas program dan lintas sektor dalam pelaksanaan program imunisasi, dapat dilihat pada tabel 5.23 berikut :

**Tabel 5.23** Dukungan dan kerjasama dari lintas program dan lintas sektor dalam pelaksanaan program imunisasi di Puskesmas dan Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No.	Dukungan dan kerjasama	Frekwensi							
		Tidak pernah		jarang		sering		Sering sekali	
		$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
1	Camat	1	5	16	80	3	15	-	0
2	Kepala Desa	2	10	15	75	3	15	-	0
3	Diknas, PLKB	2	10	1	5	17	85	-	0
4	Depag	-	0	-	0	20	100	-	0
5	Kader Posyandu	-	0	-	0	-	0	20	100
6	Tokoh masyarakat	2	10	17	85	1	5	-	0
7	PKK	1	5	13	65	6	30	-	0
8	Koordinator KIA	-	0	-	0	-	0	20	100
9	Surveillans	-	0	-	0	3	15	17	85
10	UKS	-	0	-	0	1	5	19	95

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.23 dapat dipelajari bahwa rata-rata frekwensi dukungan dan kerjasama dari lintas sektor terutama Camat, Kepala Desa, Diknas, PLKB, Tokoh masyarakat dan PKK masih jarang, Hal ini menunjukkan belum terlaksananya penggalangan kerjasama tim lintas sektoral secara baik.

Sedangkan hal-hal yang dikoordinasikan dalam pelaksanaan program imunisasi dapat dilihat pada tabel 5.24 dibawah ini.

**Tabel 5.24** Hal-hal yang dikoordinasikan dalam pelaksanaan program imunisasi

No.	Hal yang dikoordinasikan	frekwensi	%
1	Penggerakan sasaran		
2	Jadwal pelaksanaan posyandu	20	100
3	Target cakupan	20	100
4	Hasil Cakupan imunisasi	20	100
5	Pelaporan	20	100
6	Sarana Prasarana	20	100
7	Permasalahan yang ada	20	100

Sumber: Data primer, Juni 2006

### 5.5.2.4 Supervisi

Kegiatan supervisi yang dilakukan oleh atasan kepada koordinator imunisasi puskesmas dalam pelaksanaan program imunisasi dapat dilihat pada tabel 5.25 dibawah ini :

**Tabel 5.25** Supervisi atasan pada koordinator imunisasi puskesmas dalam pelaksanaan program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2005

No.	Supervisor	Frekwensi							
		Tidak pernah		jarang		sering		Sering sekali	
		$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
1	Kabupaten	-	0	20	100	-	0	-	0
2	Kepala Puskesmas	5	25	9	45	6	30	-	0

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.25 dapat diketahui bahwa frekwensi supervisi oleh Kabupaten dan Kepala Puskesmas adalah jarang. Hal tersebut menunjukkan bahwa penilaian kinerja dan proses pembinaan dalam pelaksanaan program imunisasi belum berjalan baik.

### 5.5.2.5 Akuntabilitas

Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan hasil pelaksanaan program imunisasi oleh responden di Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada tabel 5.24 berikut :

**Tabel 5.26** Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan hasil pelaksanaan program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No.	Pencatatan dan pelaporan	Jumlah	%
1	Baik	10	50
2	Buruk	10	50
	Jumlah	20	100

Sumber: Data primer, Juni 2006



Dari tabel 5.26 dapat dipelajari bahwa semua Puskesmas telah melakukan pencatatan hasil imunisasi, namun ketidaklengkapan dokumen pencatatan barang imunisasi masih tinggi (50%). Begitu pula untuk pelaporan baru 50% puskesmas yang melaporkan hasil cakupan imunisasi pada tanggal 5 bulan berikutnya. Adanya ketidaklengkapan dokumen pencatatan dan keterlambatan masuknya data menunjukkan bahwa lemahnya evaluasi dan supervisi dari Kepala Puskesmas atas kinerja Koordinator imunisasi Puskesmas.

### 5.5.3 Penilaian (P3)

#### 5.5.3.1 Monitoring

Kegiatan monitoring pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Pamekasan diukur dengan adanya PWS imunisasi. Penyusunan PWS Imunisasi di Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada tabel 5.27 dibawah ini :

**Tabel 5.27** Kegiatan monitoring pelaksanaan imunisasi di Kabupaten Pamekasan sampai bulan Mei 2006

No.	Kegiatan monitoring	Jumlah	%
1	Baik	8	40
2	Buruk	12	60
	Jumlah	20	100

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.27 dapat dilihat bahwa semua puskesmas telah menyusun PWS imunisasi, namun baru 40% yang dokumennya lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa rendahnya pengetahuan koordinator imunisasi Puskesmas akan tujuan pembuatan PWS menjadi salah satu penyebab buruknya kegiatan

monitoring. Disamping itu, kurangnya supervisi dan pembinaan dari Kepala Puskesmas juga menunjang buruknya kegiatan monitoring.

### 5.5.3.2 Evaluasi

Sedangkan distribusi Kepala Puskesmas dalam melakukan evaluasi pelaksanaan program imunisasi dapat dilihat pada tabel 5.28 berikut :

**Tabel 5.28** Distribusi Kepala Puskesmas dalam melakukan evaluasi pelaksanaan program imunisasi di Kabupaten Pamekasan tahun 2006

No.	Pelaksanaan Ewaluasi	Jumlah	%
1	Tidak pernah	-	0
2	Jarang	14	70
3	Sering	6	30
	Jumlah	20	100

Sumber: Data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.28 dapat dipelajari bahwa sebagian besar Kepala Puskemas masih jarang dalam melakukan evaluasi. Hal ini kemungkinan disebabkan karena Kepala Puskesmas telah mempercayakan sepenuhnya kegiatan program imunisasi kepada koordinator imunisasi Puskesmas dan Kepala Puskesmas sendiri kurang *interest* terhadap pelaksanaan program imunisasi.

Berdasarkan hasil penelitian diatas, dapat dipelajari bahwa kinerja manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan belum optimal yang ditandai dengan :

a. Fungsi Perencanaan (P1).

Hampir semua Puskesmas di Kabupaten Pamekasan telah menyusun perencanaan.

b. Fungsi Penggerakan pelaksanaan (P2)

Koordinasi lintas sektor masih jarang, supervisi oleh supervisor Kabupaten dan Kepala Puskesmas pada Koordinator imunisasi Puskesmas masih jarang dan akuntabilitas hasilnya buruk

c. Fungsi Penilaian (P3).

Kegiatan monitoring buruk dan evaluasi dari Kepala Puskesmas jarang.

## 5.6 Kendala dalam pelaksanaan program imunisasi

Dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan, ditemukan beberapa kendala dilapangan. Berdasarkan hasil indepth interview pada Koordinator imunisasi Puskesmas dan Kepala Puskesmas, kendala yang dijumpai dapat dilihat pada tabel 5.29 – tabel 5.34 dibawah ini :

### 5.6.1 Perencanaan

Kendala yang dijumpai dalam perencanaan, dapat dilihat pada tabel 5.29 berikut :

**Tabel 5.29** Kendala dalam Perencanaan

No.	Item	Kendala
1	Penentuan jumlah sasaran	Tidak ada data riil di lapangan, data BPS lebih tinggi
2	Penentuan target cakupan	Tidak ada data riil di lapangan, target yang ditetapkan lebih tinggi
3	Jadwal posyandu	Pelaksanaan sering tidak sesuai jadwal
4	Penentuan kebutuhan vaksin	Tidak ada data sasaran yang riil, sehingga penentuan berdasarkan perkiraan
5	Penentuan kebutuhan sarana	Tidak ada data sasaran yang riil sehingga penentuan berdasarkan perkiraan

### 5.6.2 Pengelolaan coldchain

Kendala yang dijumpai dalam pengelolaan coldchain, dapat dilihat pada tabel 5.30 berikut :

**Tabel 5.30** Kendala dalam Pengelolaan coldchain

No.	Item	Kendala
1	Pencatatan suhu lemari es	Petugas tidak rutin mencatat
2	Penyimpanan vaksin	1. Gangguan Listrik (voltase turun, sering mati, 2. sering bercampur dengan makanan
3	Pendistribusian vaksin	1. Termos kurang 2. Coldpack kurang
4	Pemakaian vaksin	Buku pencatatan habis, tidak ada dropping

### 5.6.3 Pelaksanaan Pelayanan

Kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi, dapat dilihat pada tabel 5.31 berikut :

**Tabel 5.31** Kendala dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi

No.	Item	Kendala
1	Sasaran	1. Sering tidak datang 2. sasaran mau datang, bila ada PMT
2	ADS dan safety box	1. sarananya tidak ada 2. Tidak tahu cara pemakaiannya
3	Kerjasama Lintas sektor	Kerjasama dan kepedulian kurang

### 5.6.4 Koordinasi

Kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan koordinasi, dapat dilihat pada tabel 5.32 berikut :

**Tabel 5.32** Kendala dalam pelaksanaan koordinasi

No.	Item	Kendala
1	Dengan KIA	Data sasaran sering tidak sama
2	Dengan surveillans	petugas surveillans kurang
3	UKS	Petugas sekolah sering tidak mau tandatangan SPJ karena tidak dapat uang
4	Lintas sektor	1. Kurangnya perhatian 2. Sulit bertemu, biasanya dengan TOMA

### 5.6.5 Akuntabilitas

Kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan akuntabilitas, dapat dilihat pada tabel 5.33 berikut :

**Tabel 5.33** Kendala dalam pelaksanaan akuntabilitas

No.	Item	Kendala
1	Pencatatan dan pelaporan hasil imunisasi	1. Data dari desa sering terlambat 2. Adanya tugas rangkap 3. Dropping blanko dari Kabupaten tidak ada 4. Petugas malas

### 5.6.6 Monitoring dan Evaluasi

Kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi, dapat dilihat pada tabel 5.34 berikut :

**Tabel 5.34** Kendala dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi

No.	Item	Kendala
1.	Penyusunan PWS hasil imunisasi	1. Dropping buku PWS tidak ada, jadi tidak membuat 2. Format sering berubah-ubah 3. Petugas tidak tahu cara bikin grafik dengan komputer 4. Petugas malas 5. Petugas tidak mampu

### 5.7 Isu strategis

1. Rendahnya pengetahuan Koordinator imunisasi Puskesmas dalam hal aspek medik
2. Walaupun sikap yang ditunjukkan koordinator imunisasi puskesmas positif namun motivasi untuk melaksanakan fungsi manajemen program imunisasi rendah
3. Sebagian besar koordinator imunisasi puskesmas beranggapan bahwa adanya beban kerja tambahan mengganggu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
4. Tidak ada data riil jumlah sasaran dan data proyeksi terlalu tinggi
5. Dalam hal pengelolaan cold-chain, sarana kurang dan sering ada gangguan listrik
6. Sasaran sering tidak datang ke posyandu, bila kegiatannya hanya penimbangan dan imunisasi
7. Dukungan lintas sektor dalam pelaksanaan imunisasi masih jarang
8. Supervisi pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi oleh Kabupaten dan Kepala Puskesmas pada Koordinator imunisasi belum optimal
9. Akuntabilitas ada, namun kelengkapan dokumen pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan imunisasi masih rendah
10. Evaluasi Kepala Puskesmas terhadap hasil cakupan imunisasi, pemakaian vaksin, pencatatan suhu lemari es dan PWS imunisasi belum optimal

### 5.8 Hasil Focus Group Discussion (FGD)

Pelaksanaan FGD dilakukan dalam rangka menyusun rekomendasi berkaitan dengan upaya peningkatan kualitas cakupan imunisasi berdasarkan pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan. FGD dilaksanakan pada hari Jumat tanggal 4 agustus 2006 di ruang rapat Subdinas P2PL Dinas Kesehatan Provinsi dihadiri 10 (sepuluh) orang terdiri 1 orang pengelola program imunisasi Provinsi, 2 orang pengelola surveillans Propinsi, 2 orang pengelola imunisasi Kabupaten Pamekasan, 4 orang Kepala Puskesmas di Kabupaten Pamekasan dan 1 orang konsultan GAFI – Depkes.

Tujuan dari FGD ini adalah klarifikasi data hasil penelitian, mencari penyebab isu strategis dan mencari solusi pemecahan dari isu strategis.

Isu strategis dan hasil FGD seperti pada tabel berikut :

**Tabel 5.35** Isu strategis dan hasil FGD

No.	Isu strategis	Kemungkinan Penyebab	Usulan pemecahan
1.	Rendahnya pengetahuan Koordinator imunisasi Puskesmas dalam hal aspek medik	1. Tingkat pendidikan SMA dan tidak mempunyai latar belakang kesehatan. 2. Pelatihan yang diterima $\pm$ 10 tahun yang lalu sehingga banyak yang lupa 3. Belum pernah mendapatkan pelatihan 4. Hanya mengandalkan faktor ketrampilan 5. Minat baca dari staf rendah	1. Penataan <i>job description</i> bahwa yang melakukan pelayanan adalah tenaga yang mempunyai latar belakang kesehatan, sedangkan tenaga yang tidak mempunyai latar belakang kesehatan sebagai pengelola <i>cold-chain</i> 2. <i>updating</i> pengetahuan bagi petugas dalam bentuk pelatihan 3. Untuk meningkatkan pengetahuannya ada pada Kepala Puskesmas, Kepala Puskesmas harus <i>interest</i> pada program imunisasi sehingga bisa menularkan ilmunya

No.	Isu strategis	Kemungkinan Penyebab	Usulan pemecahan
2.	Sikap yang ditunjukkan positif namun motivasi koordinator imunisasi puskesmas untuk melaksanakan fungsi manajemen program imunisasi rendah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insentif yang diberikan jumlahnya kecil</li> <li>2. Kondisi kerja kurang mendukung.</li> <li>3. Tidak ada penilaian prestasi kerja</li> <li>4. Tidak ada mekanisme teguran</li> <li>5. Tidak ada penghargaan terhadap prestasi kerja</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembagian insentif berdasarkan beban kerja</li> <li>2. Adanya pengaturan ruang kerja dan penambahan fasilitas</li> <li>3. Adanya penilaian prestasi kerja</li> <li>4. Adanya penghargaan terhadap prestasi kerja staf misalnya melalui kenaikan DP3</li> </ol>
3.	Sebagian besar koordinator imunisasi puskesmas beranggapan bahwa adanya beban kerja tambahan mengganggu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah tenaga terbatas</li> <li>2. Bekerja di bagian imunisasi berat</li> <li>3. Kepercayaan diri petugas imunisasi kurang apalagi bila harus berargumentasi dengan bidan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Harus ada dukungan dari Kepala Puskesmas</li> <li>2. Dukungan dari Kepala Puskesmas</li> </ol>
4.	Tidak ada data riil jumlah sasaran dan data proyeksi terlalu tinggi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak dilakukan pendataan langsung</li> <li>2. Tidak ada dana untuk pendataan langsung</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Validasi data</li> <li>2. Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas harus lebih peka terhadap validitas data</li> </ol>
5.	Dalam hal pengelolaan cold-chain, sarana kurang dan sering ada gangguan listrik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pencatatan inventaris tidak ada</li> <li>2. Voltage turun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontak PLN</li> <li>2. Dana pengadaan dari Kabupaten</li> <li>3. Menyusun usulan kebutuhan sarana</li> </ol>
6.	Sasaran sering tidak datang ke posyandu, bila kegiatannya hanya penimbangan dan imunisasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada PMT</li> <li>2. Faktor budaya dimana orangtua masih memegang peranan dalam mengambil keputusan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya anggaran untuk PMT</li> <li>2. PMT yang diberikan bervariasi</li> <li>3. Selain ada PMT, juga ada pengobatan</li> </ol>
7.	Dukungan lintas sektor dalam pelaksanaan imunisasi masih jarang	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersifat rutin</li> <li>2. Imunisasi bukan merupakan tanggungjawab langsung</li> <li>3. Sosialisasi pada TOMA kurang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi lebih intensif pada pamong desa dan kader posyandu dalam hal penggerakan sasaran</li> </ol>



No.	Isu strategis	Kemungkinan Penyebab	Usulan pemecahan
			2. Hasil PWS dibacakan Camat pada saat Rapat Koordinasi Kecamatan 3. Pendekatan pada TOMA
8	Supervisi oleh Kabupaten dan Kepala Puskesmas pada Koordinator imunisasi belum optimal.	1. Koordinator imunisasi Puskesmas tidak menyadari kalau disupervisi 2. frekwensi supervisi jarang 3. Tidak ada check-list 4. Materi supervisi tidak focus 5. Tidak ada pembahasan bila ditemukan masalah 6. Tidak ada umpan balik	1. Dibuat panduan check-list 2. Supervisi berdasarkan check list dan ada umpan balik 3. Kabupaten dan Kepala Puskesmas pada waktu supervisi lebih banyak memberikan petunjuk tentang peningkatan kualitas pelaksanaan imunisasi 4. Supervisi masalah manajemen program dilakukan oleh Kepala Puskesmas, sedangkan supervisi teknis dilakukan oleh supervisor Dinas Kesehatan 5. Supervisi secara terpadu dengan program lain, sehingga dana gabungan dapat digunakan untuk menambah frekuensi supervisi 6. Kepala Puskesmas dan Supervisor Kabupaten perlu dibekali ketrampilan berinteraksi agar materi dan tujuan supervisi dapat efektif
9	Akuntabilitas ada, namun kelengkapan dokumen pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan imunisasi masih rendah (50%)	1. Kedisiplinan petugas untuk segera mencatat hasil imunisasi kurang 2. Tidak adanya dropping buku pencatatan	1. Adanya dana PWS sebanyak 4x/tahun digunakan untuk pengadaan buku pencatatan. 2. Pengadaan kembali buku kuning, merah dan biru akan dipertimbangkan.

No.	Isu strategis	Kemungkinan Penyebab	Usulan pemecahan
			3. Dukungan dari Kepala Puskesmas dalam bentuk evaluasi
10	Pelaksanaan monitoring buruk	1. Kepala Puskesmas kurang <i>interest</i> dengan program imunisasi 2. Tidak adanya dropping buku PWS	1. Dukungan dari Kepala Puskesmas dalam bentuk evaluasi. 2. Saat Evaluasi PWS Imunisasi antara Kabupaten dengan Koordinator Imunisasi Puskesmas, Kepala Puskesmas turut diundang
11	Evaluasi Kepala Puskesmas terhadap pelaksanaan imunisasi masih jarang	1. Percaya kepada koordinator imunisasi Puskesmas 2. Tidak ada teguran dari Kepala Dinas bila tidak melakukan 3. Perhatian Kepala Dinas Kesehatan terhadap program kurang 4. Kepala Dinas Kesehatan belum pernah memberikan <i>stressing</i> tentang masalah imunisasi, selalu didelegasikan kepada Kepala Subdinas	1. Ada penilaian kinerja dari Kepala Dinas Kesehatan terhadap Kepala Puskesmas. 2. Kepala Dinas Kesehatan lebih punya waktu untuk memberi penekanan tentang masalah program kepada Kepala Puskesmas.

## 5.9 Rekomendasi Upaya Peningkatan Kualitas Pelaksanaan Imunisasi

Dari usulan peneliti dan hasil FGD diatas, maka dapat disampaikan rekomendasi sebagai berikut :

### a. Peningkatan Pengetahuan dan Motivasi

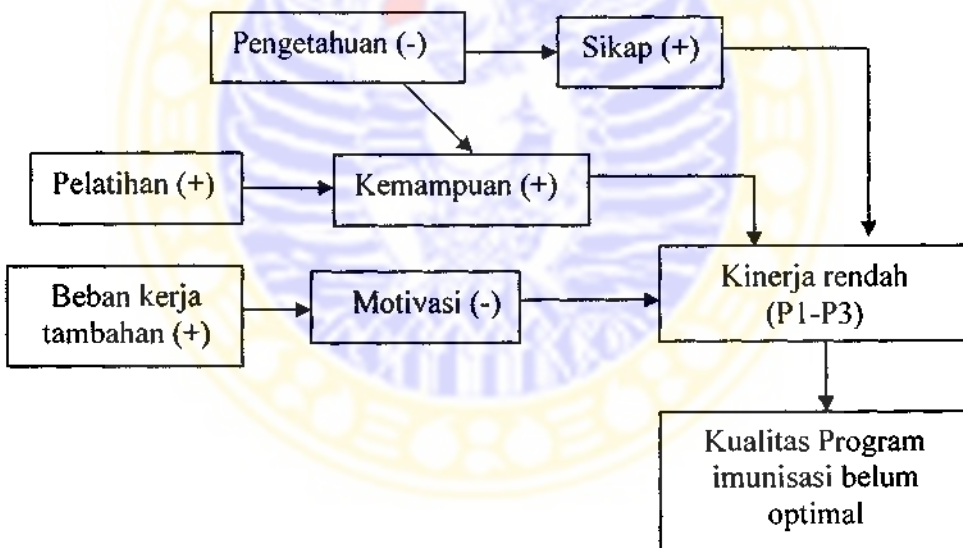
1. Penataan *job description* yang melakukan pelayanan imunisasi

2. Perlu dilakukan *updating* pengetahuan tentang manajemen program imunisasi dalam bentuk pelatihan ulang pada Koordinator imunisasi Puskesmas dan Kepala Puskesmas.
  3. Pelatihan yang akan dilaksanakan harus melalui tahapan pelatihan, yaitu tahap penilaian, tahap pelatihan dan tahap evaluasi
  4. Pembagian insentif berdasarkan beban kerja
  5. Adanya pengaturan ruang kerja dan penambahan fasilitas
  6. Perlu ada penilaian atas prestasi kerja
  7. Perlu dibudayakan untuk memberikan penghargaan kepada petugas kesehatan yang berprestasi.
- b. Manajemen Program Imunisasi
- a. Perencanaan (P1)
    1. Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas harus lebih peka terhadap validitas data
    2. Didalam menyusun perencanaan melibatkan subdin terkait dan harus melewati tahap-tahap perencanaan.
  - b. Penggerakan dan pelaksanaan (P2)
    1. Perlu dukungan dari Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program imunisasi dalam bentuk supervisi dan evaluasi
    2. Dinas Kesehatan Kabupaten perlu segera menyusun *check list* untuk supervisi berdasarkan panduan dari Pusat
    3. Pelaksanaan supervisi ke Puskesmas dilaksanakan berdasarkan *check list* dan ada umpan balik hasil supervisi

4. Kepala Puskesmas dan Koordinator imunisasi Kabupaten pada waktu supervisi lebih banyak memberikan petunjuk tentang peningkatan kualitas program imunisasi.
  5. Supervisi masalah manajemen program dilakukan oleh Kepala Puskesmas, sedangkan supervisi teknis dilakukan oleh supervisor Dinas Kesehatan
  6. Supervisi secara terpadu dengan program lain, sehingga dana gabungan dapat digunakan untuk menambah frekuensi supervisi
  7. Kepala Puskesmas dan Supervisor Kabupaten perlu dibekali ketrampilan berinteraksi agar materi dan tujuan supervisi dapat efektif
  8. Membangun *networking* terutama dengan tokoh masyarakat.
- c. Penilaian (P3)
- 1). Perlu disusun penilaian kinerja yang terkait dengan cakupan imunisasi terhadap Kepala Puskesmas oleh Kepala Dinas Kesehatan
  - 2). Saat Evaluasi PWS Imunisasi antara Kabupaten dengan Koordinator Imunisasi Puskesmas, Kepala Puskesmas turut diundang
- c. Mengeliminasi kendala
- 1) Kebutuhan sarana, prasarana dipenuhi oleh Kabupaten, misalnya pengadaan kembali buku merah, kuning dan biru dan swadaya dari Puskesmas dalam pengadaan formulir
  - 2) Dana Alokasi Khusus diprioritaskan untuk penambahan sarana dan fasilitas pelayanan program imunisasi

**BAB 6****PEMBAHASAN****6.1 Karakteristik Koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi**

Banyak faktor yang menyebabkan kualitas cakupan imunisasi belum optimal, salah satunya adalah faktor sumberdaya manusia yaitu karakteristik Koordinator imunisasi Puskesmas. Variabel yang berperan meliputi pengetahuan, pelatihan, sikap, kemampuan, motivasi dan beban kerja tambahan. Bila hal tersebut digambarkan, kondisi di Kabupaten Pamekasan dapat dilihat pada bagan 6.1 berikut:



**Bagan 6.1** Karakteristik koordinator imunisasi Puskesmas yang menyebabkan kurang optimalnya kualitas program imunisasi.

Rendahnya pengetahuan sumber daya manusia dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi selain disebabkan karena pelatihan yang dilakukan selama ini kurang efektif. Namun demikian, walaupun kognitifnya kurang, sikap yang ditunjukkan adalah positif. Adanya sikap yang positif dan motivasi yang rendah ditambah dengan adanya beban kerja tambahan, koordinator imunisasi Puskesmas tetap mampu melaksanakan fungsi manajemen program imunisasi walaupun hasil kinerjanya rendah sehingga kualitas cakupan imunisasi belum optimal.

### 6.1.1 Pengetahuan

Hasil penelitian pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa pengetahuan koordinator imunisasi puskesmas jelek dalam hal aspek medik dan aspek manajemen program imunisasi. Aspek medik yaitu tentang gejala polio dan pemberian polio pada anak diare, sedangkan aspek manajemen dalam hal strategi eradikasi polio dan tujuan PWS imunisasi.

Jeleknya pengetahuan koordinator imunisasi Puskesmas dalam hal aspek medik ini disebabkan karena 70% koordinator imunisasi Puskesmas mempunyai tingkat pendidikan SMA yang tidak mempunyai latar belakang medis. Disamping itu berdasarkan hasil diskusi kelompok terarah jeleknya pengetahuan koordinator imunisasi Puskesmas dalam hal aspek manajemen karena rendahnya minat baca terhadap buku-buku pedoman imunisasi yang telah ada.

Di dalam buku pedoman penyelenggaraan imunisasi (Depkes, 2004), tenaga pelaksana imunisasi di Puskesmas dibedakan menjadi petugas imunisasi, pelaksana *cold-chain* dan pengelola program imunisasi. Kualifikasi petugas imunisasi adalah

tenaga perawat atau bidan yang telah mengikuti pelatihan untuk tenaga petugas imunisasi. Kualifikasi pelaksana *cold-chain* adalah tenaga berpendidikan minimal SMA atau SMK yang telah mengikuti pelatihan *cold chain* dan kualifikasi pengelola program imunisasi adalah petugas imunisasi, pelaksana *cold chain* atau petugas lain yang telah mengikuti pelatihan untuk pengelola program imunisasi.

Namun kenyataannya, peran Koordinator imunisasi Puskesmas di Kabupaten Pamekasan dalam pelaksanaan program imunisasi adalah sebagai pelaksana *cold-chain* dan pengelola program imunisasi dan kadang-kadang sebagai petugas imunisasi

Tingkat pendidikan tanpa latar belakang medis, ditunjang dengan rendahnya minat baca koordinator imunisasi Puskesmas, menyebabkan mereka tidak tahu dan tidak bisa menguraikan apa gejala polio, strategi eradikasi polio, apakah anak diare dapat diberi polio dan tujuan pembuatan PWS. Padahal tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya dan tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

Menurut Notoatmojo (2002), pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Tingkat pengetahuan mempunyai 6 tingkatan yaitu : tahu (*know*), *Comprehension* (memahami), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), Evaluasi (*Evaluation*).

Dengan belum bisa dipenuhinya tingkatan pertama dari pengetahuan, otomatis tingkatan selanjutnya belum bisa terpenuhi. Karena mereka tidak tahu,

akhirnya mereka belum dapat memahami, apalagi sampai dapat mengaplikasikan, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi.

Oleh karena itu, untuk meningkatkan pengetahuan koordinator imunisasi Puskesmas dalam hal aspek medik dan aspek manajemen, perlu dilakukan penataan *job description* dan *updating* pengetahuan tentang manajemen program imunisasi.

### 6.1.2 Pelatihan

Pada tabel 5.9 dapat dipelajari bahwa 95% koordinator imunisasi Puskesmas pernah mengikuti pelatihan imunisasi, dan 36,85%nya belum mempunyai sertifikat..

Tujuan pelatihan menurut pasal 9 Undang-Undang ketenagaan kerja tahun 2003 dalam Simamora, 2004 adalah untuk membekali, meningkatkan dan mengembangkan kompetensi kerja guna meningkatkan kemampuan, produktivitas dan kesejahteraan. Tiga tahap yang harus tercakup dalam pelatihan adalah tahap penilaian, tahap pelatihan dan tahap evaluasi.

Dari hasil diskusi kelompok terarah disebutkan bahwa pelatihan yang dilaksanakan selama ini, penyelenggaraanya kurang efektif. Kurang efektifnya penyelenggaraan pelatihan dikarenakan tidak adanya *pre-test* sebelum pelatihan dan *post-test* setelah pelatihan selesai. Disamping itu waktu pelaksanaan pelatihan hanya dilakukan sehari dalam 12 jam pelajaran dari yang seharusnya dilakukan selama 3 hari dalam 30 jam pelajaran..

Menurut Simamora, 2004, sebelum pelatihan dimulai dilakukan *pre-test* terlebih dahulu untuk menentukan teknik pelatihan dan prinsip proses pembelajaran. Setelah itu pelatihan baru dilaksanakan, dipantau dan yang terakhir



dilakukan *post-test* untuk membandingkan hasil pelatihan dengan kriteria yang digunakan.

Tidak dilakukannya *pre-test* dan *post-test* kemungkinan juga dikarenakan waktu penyelenggaraan pelatihan yang terbatas. Walaupun materi semua telah diberikan, bila waktu pemberiannya terbatas, maka tujuan dari pelatihan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan koordinator imunisasi dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi tidak akan tercapai. Untuk itu perlu pengkajian terhadap pelaksanaan pelatihan agar pelatihan lebih efektif.

### 6.1.3 Sikap

Walaupun pengetahuan koordinator imunisasi Puskesmas terhadap pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi rata-rata masih rendah, namun sikap yang ditunjukkan adalah positif (tabel 5.11 ).

Menurut Walgito dalam Wardani,2005 sikap mengandung tiga komponen yang membentuk struktur sikap yaitu : kognitif, afektif dan konatif. Sedangkan Gibson (1996) mengatakan bahwa afeksi, kognisi, dan perilaku menentukan sikap dan selanjutnya sikap menentukan afeksi, kognisi dan perilaku.

Banyak sumber pembentukan sikap. Sikap dibentuk dalam keluarga, kelompok sebaya, masyarakat dan pengalaman pekerjaan sebelumnya (Gibson, 1996). Sikap positif ini kemungkinan dipengaruhi dari masa kerja koordinator imunisasi Puskesmas yang 50%nya telah bekerja selama > 10 tahun. dan melalui pengalaman kerja, koordinator imunisasi Puskesmas mengembangkan sikap atas faktor-faktor tertentu seperti kemampuan manajemen, desain pekerjaan

Walgito dalam Wardani, 2005 juga mengemukakan ada beberapa determinan sikap yang dianggap penting yaitu : faktor fisiologis, berupa umur dan kesehatan seseorang, faktor pengalaman, faktor kerangka acuan dan faktor komunikasi sosial, dimana faktor komunikasi sosial merupakan faktor terpenting dalam rangka perubahan atau pembentukan sikap.

Adanya pertemuan rutin tentang PWS imunisasi tiap 3 bulan sekali antar Koordinator imunisasi Kabupaten dan Koordinator imunisasi Puskesmas, memberikan dasar emosional antar koordinator imunisasi Puskesmas. Dengan ditunjukkannya pencapaian cakupan imunisasi per Puskesmas memberikan informasi akan evaluasi kinerja mereka selama ini. Mereka akan malu bila cakupan imunisasi di Puskesmasnya lebih rendah dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan.

Dengan adanya stimulus tentang pertemuan rutin untuk membahas hasil imunisasi akan memacu mereka untuk bekerja lebih baik, sehingga akan membentuk sikap yang positif terhadap pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi. Untuk itu pertemuan rutin tiap 3 bulan tentang PWS imunisasi perlu dipertahankan.

#### **6.1.4 Motivasi**

Sejumlah ahli telah menyampaikan bahwa motivasi sebagai determinan kinerja. Menurut Herzberg (1959) ada dua kelompok faktor yang mempengaruhi motivasi kerja seseorang dalam organisasi, yaitu faktor penyebab kepuasan kerja (*job satisfiers*) dan faktor penyebab ketidakpuasan kerja (*job dissatisfiers*).

Kopelman (1986) juga menyampaikan bahwa kinerja dipengaruhi oleh motivasi dan kemampuan.

Walaupun sikap koordinator imunisasi Puskesmas terhadap pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi positif, dari tabel 5.12 dapat dipelajari ternyata motivasi koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi rendah.

Pada penelitian ini, faktor yang menyebabkan rasa tidak puas (*job dissatisfiers*) adalah: kebijakan, insentif yang diterima dan kondisi kerja.

Faktor kebijakan yang mungkin mempengaruhi motivasi koordinator imunisasi Puskesmas adalah adanya perubahan pada kebijakan operasional program imunisasi. Kalau dulu indikator untuk desa UCI adalah DPT1, Polio 4 dan Campak, sekarang indikator yang dipakai adalah semua antigen sesuai dengan standar pelayanan minimal yaitu BCG, DPT, Polio, Hepatitis B dan Campak. Implikasinya adalah adanya perubahan pada format PWS, padahal koordinator imunisasi Puskesmas belum paham terhadap tujuan diadakan PWS. Untuk itu pada pertemuan PWS, perlu dilakukan sosialisasi tentang indikator untuk desa UCI.

Sedangkan insentif dari program imunisasi diterima antar pribadi sangat beragam. Sampai saat ini, dalam pembagian insentif tidak ada keseragaman antara Puskesmas satu dengan lainnya. Jika mereka melihat adanya ketidak-adilan dalam pembagian insentif, maka ketidakadilan ini akan ditanggapi dengan bermacam-macam perilaku yang berbeda, misalnya mogok kerja, atau menurunkan kinerja. Untuk itu pemberian insentif harus memperhatikan beban kerja yang diberikan.

Kondisi kerja yang tidak mendukung seperti ruangan sempit, panas, bekerja bersama dengan program lain dalam satu ruangan, dapat menurunkan motivasi mereka untuk bekerja. Oleh sebab itu adanya pengaturan ruang kerja dan penambahan fasilitas akan membantu memotivasi mereka dalam bekerja.

Dari hasil penelitian ini faktor motivator yang tidak mereka dapatkan adalah tidak adanya bentuk penilaian prestasi kerja, pengakuan atas hasil kerja dan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan.

Menurut Mc Clelland ada tiga kebutuhan manusia, salah satunya adalah kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan berprestasi tercermin pada keinginan seseorang mengambil tugas di mana dia dapat bertanggung jawab secara pribadi atas perbuatan-perbuatannya, dia menentukan tujuan yang wajar dengan memperhitungkan risiko-risikonya, dia ingin mendapatkan umpan balik atas perbuatan-perbuatannya dan dia berusaha melakukan segala sesuatu secara kreatif dan inovatif.

Kebutuhan berprestasi akan mendorong seseorang untuk bekerja lebih baik, termasuk berprestasi dalam melaksanakan fungsi manajemen program imunisasi. Jika bentuk penilaian prestasi kerja tidak ada, maka koordinator imunisasi tidak mengetahui apakah dia termasuk tenaga kesehatan yang berprestasi atau tidak. Jika mereka tidak mengetahui prestasinya maka tidak ada dorongan untuk bekerja lebih baik. Untuk itu perlu dikembangkan penilaian prestasi kerja.

Herzberg (1959) juga mengemukakan bahwa penghargaan terhadap prestasi kerja merupakan motivator yang dapat mendorong seseorang untuk bekerja lebih baik. Di Puskesmas Kabupaten Pamekasan tidak ada bentuk penghargaan terhadap

prestasi kerja dalam bentuk fisik, hal ini disebabkan belum terbentuknya sistem penilaian prestasi kerja. Tidak adanya penghargaan prestasi kerja akan menyebabkan menurunnya motivasi tenaga kesehatan dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.

Kesempatan untuk melanjutkan pendidikan tidak ada di Puskesmas, karena tidak adanya dukungan dana dari Puskesmas, sedangkan bila harus memakai dana pribadi, mereka mengatakan masih ada yang lebih prioritas. Disamping itu walaupun diijinkan, tidak ada pengganti yang akan mengerjakan pekerjaan yang ditinggalkan, karena dirasakan tanggungjawab sebagai koordinator imunisasi puskesmas adalah berat.

#### 6.1.5 Kemampuan

Dalam hal kemampuan, 100% koordinator imunisasi menyatakan mampu dalam melaksanakan fungsi manajemen program imunisasi. Menurut Gibson (1996), kemampuan adalah sifat yang dibawa sejak lahir atau dapat dipelajari yang memungkinkan seseorang menyelesaikan pekerjaannya.

Walaupun pengetahuan akan aspek medik dan manajemen program imunisasi dari koordinator imunisasi Puskesmas jelek namun ketrampilan mereka dalam pelaksanaan program imunisasi baik. Hal ini ditunjukkan dengan tidak adanya kasus KIPI (Kejadian ikutan pasca imunisasi) dan adanya dokumen sasaran, dokumen pengelolaan *cold chain*, dokumen pencatatan dan pelaporan serta dokumen PWS imunisasi. Ketrampilan mereka yang baik juga ditunjang dengan masa kerja mereka yang rata-rata > 10 tahun.

Dari hasil diskusi kelompok terarah didapatkan bahwa kemampuan koordinator imunisasi Puskesmas dalam hal teknis baik namun kemampuan dalam hal manajerial masih kurang. Mereka belum terbiasa menganalisis kinerja yang telah mereka lakukan, mereka hanya sebatas membuat pencatatan, laporan atau PWS tanpa tahu hasilnya artinya seperti apa. Oleh karena itu perlu dilakukan pelatihan ulang.

#### 6.1.6 Beban kerja tambahan

Menurut Gibson (1996), persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya. Persepsi mencakup pengetahuan. Jadi persepsi mencakup penafsiran obyek, tanda dan orang dari sudut pengalaman yang bersangkutan. Dengan kata lain persepsi mencakup penerimaan stimulus, pengorganisasian stimulus dan penerjemahan stimulus yang telah diorganisasi dengan cara yang dapat mempengaruhi perilaku dan pembentukan sikap.

Dari tabel 5.15 dapat dipelajari bahwa sebagian besar koordinator imunisasi mempunyai persepsi adanya beban kerja tambahan mengganggu tugas pokok dan fungsinya sebagai koordinator imunisasi Puskesmas. Hal ini terkait dengan jeleknya pengetahuan koordinator imunisasi dalam hal aspek medik dan aspek manajemen. Mereka belum sepenuhnya paham terhadap program imunisasi, tetapi telah dibebankan tugas tambahan, sehingga mereka tidak *focus* dalam bekerja.

Menurut hasil diskusi kelompok terarah beban kerja koordinator imunisasi tidaklah berat. Karena pelaksanaan program imunisasi lebih banyak dilakukan oleh Bidan, mulai dari imunisasi sampai melakukan pencatatan dan pelaporan.

Koordinator imunisasi hanya merekap hasil pencatatan dan pelaporan serta menyusun PWS imunisasi. Oleh karena itu perlu penataan job description Koordinator Imunisasi Puskesmas.

## **6.2 Kemampuan Koordinator imunisasi Kabupaten dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi**

Berdasarkan tabel 5.16 dapat dipelajari bahwa Koordinator imunisasi Kabupaten mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi. Kepala Puskesmas.

Gibsons (1996) menyatakan bahwa ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu: variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personel

Variabel Organisasi secara langsung tidak mempengaruhi kinerja, tetapi secara tidak langsung mempengaruhi kinerja melalui faktor lain (variabel antara), dalam penelitian ini melalui kemampuan koordinator imunisasi Kabupaten dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi. Walaupun koordinator imunisasi Kabupaten mampu dalam pelaksanaan program imunisasi, agar kualitas imunisasi dapat optimal kemampuan dalam berkoordinasi secara horisontal dan vertikal adalah sangat penting. Koordinasi horisontal dengan subdin terkait yaitu subdin Kesga dan subdin PSD, sedangkan vertikal dengan subdin P2.

### **6.3 Kemampuan Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi**

Berdasarkan tabel 5.17 dapat dipelajari bahwa Kepala Puskesmas mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.

Variabel individu menurut Gibson (1996) adalah salah satu variabel yang mempengaruhi kinerja. Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografis. Sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja

Berdasarkan hasil diskusi kelompok terarah, walaupun Kepala Puskesmas mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi, tetapi *interest* mereka terhadap program imunisasi kurang, yang ditandai dengan kurangnya evaluasi dalam pelaksanaan program imunisasi. Artinya bahwa walaupun secara individual dalam hal ini kemampuan dan ketrampilannya baik, namun bila tidak didukung dengan sikap yang baik maka kinerja yang dihasilkan akan rendah yang tentunya akan berdampak pada kualitas program imunisasi. Oleh sebab itu peran Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program imunisasi adalah mutlak.

### **6.4 Pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi dan kendala yang ditemui**

Pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan adalah sebagai berikut :



#### 6.4.1 Perencanaan (P1)

Fungsi perencanaan adalah fungsi terpenting dalam manajemen, karena fungsi ini akan menentukan fungsi-fungsi manajemen lainnya. Sebagai suatu proses, perencanaan mempunyai beberapa langkah. Ada lima langkah yang perlu dilakukan pada proses penyusunan perencanaan yaitu : 1) analisis situasi, 2) mengidentifikasi masalah dan prioritasnya, 3) menentukan tujuan program, 4) mengkaji hambatan dan kelemahan program dan 5) menyusun rencana kerja operasional. (Muninjaya, 2004).

Begitu pula dalam pengelolaan program imunisasi. Masing-masing kegiatan perencanaan terdiri dari analisa situasi, alternatif pemecahan masalah, alokasi sumber daya (tenaga, dana, sarana dan waktu) secara efisien untuk mencapai tujuan program. (Ditjen P2MPL, Depkes 2004).

Sub-variabel yang diukur untuk fungsi perencanaan meliputi : ketersediaan data jumlah sasaran, ketersediaan data target imunisasi, ketersediaan data kebutuhan vaksin, ketersediaan data kebutuhan sarana dan ketersediaan dokumen jadwal posyandu

Hasil penelitian yang ditunjukkan pada tabel 5.18 bahwa sebagian besar Puskesmas (90%) telah ada perencanaan yaitu dengan adanya dokumen jumlah sasaran, target imunisasi, kebutuhan vaksin kebutuhan sarana dan dokumen jadwal posyandu dan 10% tidak ada perencanaan.

Untuk data jumlah sasaran, kabupaten memperoleh dari Propinsi, dimana Propinsi memperoleh data resmi dari BPS. Selanjutnya Kabupaten membagi secara proporsi jumlah sasaran ke masing-masing Puskesmas dan Puskesmas membagi

secara proporsi jumlah sasaran ke masing-masing desa. Puskesmas pasrah saja menerima jumlah sasaran yang dialokasikan kepadanya. Dengan kejadian kasus KLB polio, yang mengharuskan diadakan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) kembali, maka dilakukan pendataan langsung sasaran yang akan diimunisasi. Kenyataannya, ditemukan kesenjangan antara angka proyeksi dengan jumlah sasaran yang sebenarnya. Jumlah sasaran sesungguhnya ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan angka proyeksi. Artinya disini bahwa selama ini perencanaan yang disusun belum melalui tahapan analisis situasi dalam menghitung jumlah sasaran, padahal kegiatan menentukan jumlah sasaran merupakan salah satu kegiatan yang sangat penting karena menjadi dasar dari perencanaan pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program (Ditjen P2MPL, Depkes 2004).

Dalam menentukan target cakupan, baik Puskesmas maupun Kabupaten mengacu pada indikator dalam Standar Pelayanan Minimal Program Imunisasi. (Depkes 2003), dimana pada tahun 2010 diharapkan semua desa/kelurahan telah mencapai UCI, yaitu semua bayi di desa/kelurahan tersebut telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap.

Mengenai perencanaan kebutuhan vaksin, masih ada Puskesmas yang menghitung kebutuhan vaksin berdasarkan perkiraan yaitu pemakaian vaksin tahun lalu dikalikan 10%. Perencanaan kebutuhan vaksin dihitung berdasarkan jumlah sasaran imunisasi, target cakupan, dan indeks pemakaian vaksin tahun lalu (Ditjen P2MPL, Depkes 2004). Berdasarkan hasil FGD, sampai saat ini di Kabupaten Pamekasan belum pernah sampai ada kejadian kekosongan vaksin. Artinya bahwa

walaupun proses perencanaan kebutuhan vaksin belum optimal tetapi kebutuhan vaksin di Kabupaten Pamekasan masih tercukupi.

Dalam perencanaan kebutuhan sarana *cold-chain*, baik Kabupaten maupun Puskesmas hanya mengusulkan sesuai perkiraan, tanpa didasarkan atas perhitungan. kebutuhan vaksin sebelumnya (Ditjen P2MPL, Depkes, 1993).

Agar perencanaan program imunisasi di Kabupaten Pamekasan lebih optimal, perencanaan yang disusun harus melalui tahapan perencanaan dan Kepala Dinas Kesehatan serta Kepala Puskesmas harus lebih peka terhadap validitas data.

#### **6.4.2 Penggerakkan pelaksanaan (P2)**

Fungsi manajemen ini merupakan fungsi penggerak semua kegiatan program. Fungsi manajemen ini lebih menekankan bagaimana manajer mengarahkan dan menggerakkan sumberdaya untuk mencapai tujuan yang telah disepakati (Muninjaya, 2004).

Sub-variabel yang diukur dalam penelitian ini untuk fungsi penggerakan dan pelaksanaan meliputi : pengelolaan *cold-chain*, pelaksanaan pelayanan, koordinasi, supervisi dan akuntabilitas

##### **6.4.2.1 Pengelolaan *cold-chain***

Untuk sub variabel Pengelolaan *cold-chain* , sub-sub variabel yang diukur meliputi pencatatan suhu lemari es, penyimpanan vaksin, pendistribusian vaksin dan pemakaian vaksin.

Untuk pencatatan suhu lemari es, Kabupaten dan semua Puskesmas telah melakukan sebanyak 2 kali dalam sehari, yaitu pagi sebelum aktifitas dan siang setelah aktifitas (Ditjen P2MPL, Depkes 2004). Namun mengenai kelengkapan

dokumen, hanya satu Puskesmas yang belum mengisi secara lengkap. Pencatatan suhu lemari es ini penting karena apabila ditemukan keadaan suhu yang bukan seharusnya akan segera diketahui, agar kualitas vaksin tetap terjaga.

Dalam hal penyimpanan vaksin, baik Kabupaten maupun Puskesmas telah menyimpan vaksin sesuai aturan (Depkes 2004), dimana untuk vaksin polio, di Kabupaten disimpan pada suhu  $-25^{\circ}\text{C}$  s/d  $-15^{\circ}\text{C}$  dan di Puskesmas disimpan pada suhu  $2$  s/d  $8^{\circ}\text{C}$ . Sedangkan untuk vaksin lainnya baik di Kabupaten maupun Puskesmas disimpan pada suhu  $2$  s/d  $8^{\circ}\text{C}$ . Apabila vaksin disimpan pada suhu yang bukan seharusnya, akan mempengaruhi kualitas vaksin yang berakibat daya lindung vaksin menjadi lemah.

Mengenai pendistribusian vaksin, Kabupaten Pamekasan setiap bulan mengambil dari gudang provinsi dan dari gudang Kabupaten vaksin diambil oleh Puskesmas setiap bulan. Dalam menjaga potensi vaksin selama transportasi, vaksin dibawa dengan cold-box, vaccine carrier dan termos es. Sarana cold-chain yang kurang akan berdampak pada kualitas vaksin

Pada tahun 2005, di Kabupaten Pamekasan telah terjadi KLB polio, maka dalam mengambil vaksin untuk pelayanan imunisasi, prinsip yang dipakai adalah *VVM (vaccine vial monitor)*. *VVM* sangat membantu petugas dalam manajemen stok vaksin secara cepat dengan melihat perubahan warna pada indikator yang ada. (Ditjen P2MPL, Depkes 2004). Apabila manajemen stock berjalan baik maka kualitas cakupan imunisasi bisa tercapai.

Dalam hal pengelolaan cold-chain, hampir semua Puskesmas di Kabupaten Pamekasan telah melaksanakan sesuai pedoman penyelenggaraan program imunisasi tahun 2004.

#### **6.4.2.2 Pelaksanaan Pelayanan**

Untuk sub variabel pelaksanaan pelayanan , sub-sub variabel yang diukur meliputi persiapan petugas yang terdiri dari inventarisasi sasaran, persiapan vaksin, peralatan cold chain dan persiapan ADS, safety box serta persiapan masyarakat yang terdiri dari kerjasama lintas sektor, kerjasama dengan organisasi profesi dan kerjasama dengan kader.

Dari hasil penelitian pada tabel 5.22 menunjukkan bahwa sebelum melakukan pelayanan persiapan masyarakat dan persiapan petugas telah dilakukan. Namun pada kegiatan PIN, persiapan lebih baik dibandingkan saat pelaksanaan imunisasi rutin. Hal ini terjadi karena disamping PIN dilakukan serentak secara Nasional dan bersifat isidentil, ada subsidi dana dari Kabupaten, Propinsi dan Pusat.

Berbeda halnya dalam pelaksanaan imunisasi rutin, kerjasama dengan organisasi profesi oleh Puskesmas tidak dilakukan, karena menganggap dokter, bidan atau perawat yang ada di Puskesmas masing-masing sudah menjadi bagian dari organisasi profesi, dengan kata lain keberadaan mereka sudah mewakili organisasi profesi.

Pelaksanaan pelayanan imunisasi di Kabupaten Pamekasan pada dasarnya telah sesuai dengan pedoman penyelenggaraan program imunisasi tahun 2004.

### 6.4.2.3 Koordinasi

Tujuan dari koordinasi adalah 1). terlaksananya penggalangan kerjasama tim lintas program terutama dalam pembagian tugas dan pembuatan rencana kerja harian dan 2) terlaksananya penggalangan kerjasama lintas sektoral dalam rangka pembinaan peran serta masyarakat. (Supriyanto dan Anita Damayanti, 2005).

Pada tabel 5.23 dari hasil penelitian dapat dipelajari bahwa frekwensi dukungan dan kerjasama dari lintas sektor rata-rata masih jarang yaitu 1-2x/tahun, namun kerjasama dari lintas program rata-rata telah > 4x/th. Dukungan lintas sektor jarang terutama dari Camat, Kepala Desa, Tokoh masyarakat dan PKK. Untuk lebih mengoptimalkan kerjasama lintas program dilaksanakan melalui mini lokakarya Puskesmas yang diadakan tiap bulan.

Kurangnya dukungan dari lintas sektor menunjukkan bahwa penggalangan kerjasama tim lintas sektor belum terlaksana dengan baik. Belum terlaksananya penggalangan kerjasama lintas sektor ini, karena adanya anggapan bahwa imunisasi bukan tanggung jawab mereka secara langsung dan *leading sector* untuk kegiatan imunisasi adalah kesehatan

Dari hasil FGD, dikemukakan bahwa walaupun koordinasi dari lintas sektor kurang, asalkan mereka tidak melarang pelaksanaan imunisasi, Puskesmas tidak mempermasalahakan. Namun demikian dukungan dari lintas sektor untuk pembinaan peran serta masyarakat tetap diharapkan terutama dari kader posyandu dalam hal pergerakan sasaran. Agar pelaksanaan pelayanan imunisasi lebih optimal juga perlu membangun *networking* terutama dengan tokoh masyarakat dan PKK.

#### 6.4.2.4 Supervisi

Supervisi atau pembimbingan adalah salah satu upaya pengarahan dengan pemberian petunjuk dan saran setelah menemukan alasan dan keluhan pelaksana dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi. Juga merupakan upaya pembinaan dan pengarahan untuk meningkatkan gairah dan prestasi kerja. (Supriyanto dan Damayanti, 2005).

Dari tabel 5.25 ditunjukkan bahwa pelaksanaan supervisi program imunisasi di kabupaten Pamekasan baik oleh Kabupaten maupun Kepala Puskesmas masih jarang. Supervisi dari tingkat kabupaten /kota ke kecamatan/puskesmas hendaknya dapat dilaksanakan sekurang-kurangnya 2 kali pertahun /kecamatan/ Puskesmas, sedangkan dari tingkat kecamatan/Puskesmas ke desa/posyandu dapat dilaksanakan paling sedikit 4 (empat) kali perdesa/posyandu. Dari 4 (empat) kali kunjungan tersebut diusahakan sekurang-kurangnya 1 (satu) kali berupa kunjungan tim/kelompok (Depkes RI,1990).

Berdasarkan hasil FGD, supervisi yang dilakukan tidak berdasarkan *check-list*, sehingga koordinator imunisasi Puskesmas tidak tahu kalau dirinya sedang disupervisi. Supervisi yang dilakukan selama ini, apabila ditemukan permasalahan tidak langsung diselesaikan ditempat dan tidak adanya umpan balik. Kepala Puskesmas umumnya tidak pernah mensupervisi teknis program, sebab tidak semua Kepala Puskesmas memahami semua teknis program. Materi yang diberikan oleh supervisor Kabupaten dan Kepala Puskesmas saat supervisi lebih banyak dalam hal teknis bukan manajerial. Disamping itu pelaksanaan supervisi belum terpadu dengan program lain terutama dengan KIA dan promosi.

Untuk itu agar pelaksanaan supervisi lebih efektif perlu disusun *check-list*, ada umpan balik, ada pembedaan materi supervisi, dan supervisi dilakukan secara terpadu.

#### 6.4.2.5 Akuntabilitas

Pencatatan dan pelaporan dalam manajemen program imunisasi memegang peranan penting dan sangat menentukan. Selain menunjang pelayanann imunisasi juga menjadi dasar untuk membuat perencanaan maupun evaluasi ( Ditjen P2MPL, Depkes 2004).

Dari tabel 5.26 dapat diketahui bahwa semua koordinator imunisasi puskesmas (100%) telah melakukan pencatatan hasil imunisasi, namun ketidaklengkapan dokumen masih tinggi (50%).

Untuk pencatatan barang imunisasi semua koordinator imunisasi (100%) tidak melakukan pencatatan barang imunisasi, karena kegiatan ini dilakukan oleh bagian tata usaha, sedangkan untuk pelaporan baru 50% koordinator imunisasi puskesmas yang melaporkan hasil cakupan imunisasi pada tanggal 5 bulan berikutnya. (Depkes 2004).

Berdasarkan hasil FGD, keterlambatan masuknya laporan oleh puskesmas, dikarenakan ketidakdisiplinan faktor petugas didalam mencatat langsung hasil imunisasi. Disamping itu juga keterlambatan masuknya laporan dari masing-masing Bidan pemegang wilayah.

Agar akuntabilitas lebih optimal perlu dukungan Kepala Puskesmas dalam bentuk evaluasi.



### 6.4.3 Penilaian (P3)

#### 6.4.3.1 Monitoring

Monitoring (Evaluasi formatif) adalah evaluasi yang dilakukan pada tahap pelaksanaan program dengan tujuan untuk mengubah atau memperbaiki program. Manfaat monitoring adalah untuk memberikan umpan balik pada manajer program tentang kemajuan hasil yang dicapai beserta hambatan-hambatan yang dihadapi. (Supriyanto dan Damayanti, 2005).

Salah satu alat pemantauan pada program imunisasi adalah PWS imunisasi (Ditjen P2MPL, Depkes 2004).

Pada tabel 5.27 dari hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk semua Puskesmas telah menyusun PWS imunisasi, namun baru 40% yang mempunyai dokumen lengkap. Ketidaklengkapan dokumen ini disebabkan dikarenakan format yang dipakai berubah karena indikator yang dipakai bertambah, tidak adanya dropping buku pencatatan PWS, ketidakdisiplinan petugas untuk mengisi, dan kurangnya supervisi dan pembinaan dari Kepala Puskesmas.

Dari hasil FGD disebutkan bahwa Kabupaten telah melakukan evaluasi PWS sebanyak 4x/tahun, dan dalam pertemuan tersebut diberikan umpan balik terhadap Puskesmas yang cakupan kurang atau laporannya belum masuk. Memang diakui bahwa pengadaan buku PWS warna biru yang diproduksi pada tahun 2002 oleh Kanwil Depkes sudah tidak ada lagi.

Dari hasil FGD, disebutkan juga bahwa Kepala Puskesmas lebih menyukai format PWS yang diterbitkan oleh Kanwil dahulu karena dapat mengetahui tren

bulan sebelumnya. Sedangkan format yang dipakai sekarang ini hanya berisikan angka kumulatifnya saja.

Ketidaksiplinan petugas untuk menyusun PWS, disamping karena buruknya pengetahuan mereka tentang tujuan penyusunan PWS, juga dikarenakan mereka tidak bisa mengoperasikan komputer untuk membuat grafik.

Kurangnya supervisi dan pembinaan dari Kepala Puskesmas disebabkan karena Kepala Puskesmas kurang *interest* terhadap program imunisasi dan mempercayakan semuanya kepada Koordinator imunisasi Puskesmas.

Agar pelaksanaan monitoring kegiatan imunisasi di Kabupaten Pamekasan lebih optimal perlu dukungan dari Kepala Puskesmas, dan pengadaan kembali buku PWS warna biru cetakan Kanwil.

#### 6.4.3.2 Evaluasi

Salah satu tujuan dilakukannya evaluasi adalah memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan hal ini perlu adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain ; mengecek relevansi dari program dalam hal perubahan-perubahan kecil yang terus menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab dan faktor didalam maupun diluar yang mempengaruhi pelaksanaan program. (Supriyanto dan Damayanti, 2005).

Dari hasil penelitian pada tabel 5.28 dapat dipelajari bahwa frekwensi Kepala Puskesmas untuk melaksanakan evaluasi pelaksanaan program imunisasi yang meliputi cakupan imunisasi, pemakaian vaksin, pencatatan suhu lemari es dan PWS imunisasi masih jarang.

Dari hasil FGD, dikemukakan bahwa jarang Kepala Puskesmas melakukan evaluasi dikarenakan Koordinator imunisasi Kabupaten telah melakukan evaluasi sendiri dengan semua kordinator imunisasi Puskesmas melalui pertemuan Evaluasi PWS imunisasi. Kepala Puskesmas menginginkan setidaknya mereka juga diberitahu hasil evaluasi tersebut karena banyak dari koordinator imunisasi Puskesmas yang tidak melaporkan hasil evaluasi tersebut kepada Kepala Puskesmas. Akibatnya seringkali hasil evaluasi yang telah ada tidak dipakai lagi sebagai dasar penyusunan perencanaan berikutnya karena minimnya informasi yang dimiliki oleh Kepala Puskesmas.

Dari hasil FGD juga disebutkan bahwa tidak adanya penilaian kinerja langsung tentang pelaksanaan program imunisasi dari Kepala Dinas Kesehatan. Dalam berbagai kesempatan Kepala Dinas Kesehatan selalu mendelegasikan kepada Kepala Sub Dinas P2 untuk membahas permasalahan yang ditemukan. Dengan kata lain Kepala Dinas Kesehatan kurang peduli terhadap pelaksanaan program.

Untuk itu agar evaluasi dapat berjalan optimal perlu disusun penilaian kinerja terhadap Kepala Puskesmas dari Kepala Dinas Kesehatan.

#### **6.5 Rekomendasi upaya peningkatan kualitas pelaksanaan program imunisasi**

Dari telaah peneliti dan juga dengan mempertimbangkan hasil FGD yang telah diperoleh, maka beberapa hal yang perlu direkomendasikan sebagai upaya peningkatan kualitas pelaksanaan program imunisasi di Kabupaten Pamekasan yang sesuai adalah sebagai berikut :

## 1. Peningkatan Pengetahuan Koordinator imunisasi Puskesmas

### a. Penataan *job description* koordinator imunisasi Puskesmas

Kegiatan imunisasi hanya dapat dilaksanakan oleh petugas imunisasi yang mempunyai latar belakang pendidikan medis atau keperawatan atau petugas lain yang kompeten, sedangkan petugas yang mempunyai latar belakang pendidikan SMA bertugas sebagai pelaksana *cold-chain* atau pengelola program imunisasi (Depkes 2004). Dengan kata lain bahwa kegiatan imunisasi harus dilakukan oleh bidan atau perawat, sedangkan koordinator imunisasi Puskesmas yang bukan bidan atau perawat bertugas sebagai pelaksana *cold-chain* atau pengelola program imunisasi.

Dengan diadakan penataan *job description*, diharapkan kualitas pelaksanaan program imunisasi tercapai.

### b. *Updating* pengetahuan tentang manajemen program imunisasi dalam bentuk pelatihan ulang.

Sebagian besar Koordinator imunisasi Puskesmas di Kabupaten Pamekasan mempunyai masa kerja lebih dari 11 tahun. Disamping itu pelatihan yang mereka terima sudah cukup lama dan kurang efektif sehingga banyak yang lupa. Oleh sebab itu sangat diperlukan dilakukan pelatihan ulang terutama yang berkaitan dengan aspek manajemen program imunisasi.

## 2. Peningkatan motivasi Koordinator imunisasi Puskesmas

### a. Pembagian insentif berdasarkan beban kerja

Menurut Siagian (2002) sistem imbalan adalah pemberian salah satu bentuk penghargaan kepada karyawan atas sumbanganya kepada organisasi terutama

tercermin dari prestasi karyanya, sedangkan menurut Simamora (2001) dalam Gunaya (2004) sistem imbalan baik berupa finansial maupun non finansial yang dikendalikan oleh organisasi dapat digunakan sebagai alat untuk memotivasi karyawannya. Oleh karena itu besar kecilnya insentif yang diterima harus berdasarkan beban kerja mereka selama ini. Hal ini perlu diterapkan untuk memberitahu dan menggugah mereka bahwa siapa yang bekerja lebih rajin dan disiplin akan mendapatkan insentif yang lebih besar, sehingga diharapkan hal ini akan mendorong motivasi mereka dalam bekerja.

b. Adanya pengaturan ruang kerja dan penambahan fasilitas

Ruang kerja yang nyaman, tidak harus besar tetapi bersih dan tidak pengap serta ditunjang dengan fasilitas yang memadai bisa meningkatkan motivasi dalam bekerja

c. Perlu dikembangkan penilaian atas prestasi kerja

Karakteristik suku Madura yang paling menonjol adalah adanya pengakuan akan harga diri. Untuk mengetahui apakah koordinator imunisasi Puskesmas termasuk petugas yang berprestasi atau tidak perlu dikembangkan penilaian atas prestasi kerja, karena hal ini akan mendorong untuk bekerja lebih baik.

d. Perlu dibudayakan untuk memberi penghargaan kepada petugas kesehatan yang berprestasi

Di Puskesmas Kabupaten Pamekasan tidak ada bentuk penghargaan terhadap prestasi kerja dalam bentuk fisik, hal ini disebabkan belum terbentuknya sistem penilaian prestasi kerja. Untuk itu perlu di budayakan untuk memberikan penghargaan terhadap prestasi kerja terhadap tenaga kesehatan yang berprestasi

mulai dari yang sederhana, misalnya ucapan terima kasih, pujian sampai penghargaan fisik seperti pemberian piagam penghargaan sebagai dokter/paramedis teladan.

### 3. Mengoptimalkan pelaksanaan manajemen program imunisasi

#### a. Fungsi Perencanaan (P1)

##### 1). Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas harus lebih peka terhadap validitas data

Validitas data terutama jumlah sasaran yang akan diimunisasi sangat mutlak dalam pelaksanaan program imunisasi. Oleh sebab itu kepekaan Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas akan validitas data perlu ditingkatkan dengan jalan lebih tajam dalam menganalisis data yang dilaporkan bawahan.

##### 2). Menyusun perencanaan melibatkan subdin terkait dan harus melewati tahap-tahap perencanaan.

Kegiatan imunisasi tidak saja merupakan tanggungjawab subdin P2, tetapi juga subdin lain, yaitu Subdin Kesga dan Subdin PSD. Oleh sebab itu penyusunan perencanaan harus terpadu antara ketiga subdin tersebut dan harus melewati tahapan perencanaan mulai analisis situasi sampai penyusunan sumberdaya. Jadi tidak berdasarkan perkiraan.

#### b. Fungsi Pergerakan pelaksanaan (P2)

##### 1. Perlu dukungan dari Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program imunisasi dalam bentuk supervisi dan evaluasi.

Peran dan dukungan Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program imunisasi sangat mutlak. Tanpa adanya dukungan dari Kepala Puskesmas ibarat perahu

tanpa nahkoda. Oleh karena itu supervisi dan evaluasi dari Kepala Puskesmas sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan program imunisasi.

2. Dinas Kesehatan Kabupaten perlu segera menyusun *check list* untuk supervisi berdasarkan panduan dari Pusat

Untuk mengefektifkan kegiatan supervisi dibuat *check-list* berdasarkan panduan dari Pusat. Hal-hal yang harus tercantum dalam *check-list* meliputi : cakupan dan target imunisasi, data PD3I, ketenagaan, peralatan imunisasi, vaksin, *cold-chain*, pencatatan dan pelaporan, hasil kerjasama lintas sektoral dan masalah yang ditemukan (Ditjen P2MPL, Depkes 2004). Tanpa adanya *check-list*, supervisi yang dilakukan tidak akan efektif.

3. Pelaksanaan supervisi ke Puskesmas dilaksanakan berdasarkan *check list* dan ada umpan balik hasil supervisi

Adanya *check list* akan membantu supervisor didalam melaksanakan supervisi. Namun yang lebih penting ada umpan balik langsung hasil supervisi, sehingga koordinator imunisasi Puskesmas dapat segera menentukan langkah-langkah perbaikan.

4. Supervisi masalah manajemen program dilakukan oleh Kepala Puskesmas, sedangkan supervisi teknis dilakukan oleh supervisor Dinas Kesehatan

Pembedaan ini perlu dilakukan karena selama ini materi supervisi masih tumpang tindih antara supervisor Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas.

Dengan demikian diharapkan Koordinator imunisasi Puskesmas tidak menjadi bingung dan wawasannya bertambah.

5. Supervisi secara terpadu dengan program lain, sehingga dana gabungan dapat digunakan untuk menambah frekuensi supervisi.

Selama ini memang supervisi dilakukan sendiri-sendiri, dimana subdin kesga akan mensupervisi bidan sedangkan subdin P2 akan mensupervisi koordinator imunisasi Puskesmas. Dengan adanya supervisi terpadu diharapkan ada *cross-check* sehingga masalah yang ada langsung dapat dideteksi dan segera dapat dicarikan cara pemecahannya.

6. Kepala Puskesmas dan Supervisor Kabupaten perlu dibekali ketrampilan berinteraksi agar materi dan tujuan supervisi dapat efektif.

Koordinator imunisasi Puskesmas kadang-kadang tidak tahu bahwa ada supervisi sehingga masalah-masalah yang ada tidak dapat tersampaikan. Mereka mempersepsikan bahwa Kepala Puskesmas dan Supervisor Kabupaten kurang dapat menggali secara mendalam masalah-masalah mereka sehingga dirasakan pelaksanaan supervisi kurang efektif.

7. Membangun *networking* terutama dengan tokoh masyarakat.

c. Fungsi Penilaian (P3)

- 1). Perlu disusun penilaian kinerja yang terkait dengan cakupan imunisasi terhadap Kepala Puskesmas oleh Kepala Dinas Kesehatan
- 2). Saat Evaluasi PWS Imunisasi antara Kabupaten dengan Koordinator Imunisasi Puskesmas, Kepala Puskesmas turut diundang
4. Mengeliminasi kendala



- a. **Kebutuhan sarana, prasarana dipenuhi oleh Kabupaten, misalnya pengadaan kembali buku merah, kuning dan biru dan swadaya dari Puskesmas dalam pengadaan formulir**
- b. **Dana Alokasi Khusus diprioritaskan untuk penambahan sarana dan fasilitas pelayanan program imunisasi**



## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi :
  - a. Pengetahuan Koordinator imunisasi Puskesmas dalam hal aspek medik dan aspek manajemen rendah
  - b. Pelatihan yang diterima oleh Koordinator imunisasi Puskesmas belum optimal
  - c. Sikap Koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi adalah baik
  - d. Motivasi Koordinator imunisasi Puskesmas masih rendah karena tidak ada penilaian prestasi kerja, tidak ada pengakuan atas hasil kerja, tidak ada kesempatan melanjutkan pendidikan, tanggungjawab berat, kebijakan yang kurang operasional, rendahnya insentif yang diterima dan kondisi kerja yang kurang mendukung.
  - e. Adanya beban kerja tambahan mengganggu tupoksi sebagai koordinator imunisasi Puskesmas
  - f. Koordinator imunisasi Puskesmas mampu dalam pelaksanaan imunisasi
2. Koordinator Imunisasi Kabupaten mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi

3. Kepala Puskesmas mampu dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
4. Kualitas pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi di Kabupaten Pamekasan belum optimal dalam hal pelaksanaan fungsi P2 dan P3.
5. Kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi antara lain tidak adanya data riil dilapangan, sarana kurang, sasaran sering tidak datang dan kerjasama serta kepedulian lintas sektor kurang,
6. Upaya peningkatan kualitas pelaksanaan imunisasi berdasarkan analisis karakteristik petugas dan pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi adalah sebagai berikut :
  1. Upaya peningkatan pengetahuan koordinator imunisasi puskesmas dengan jalan penataan *job description*, *updating* pengetahuan dalam bentuk pelatihan dan dukungan dari Kepala Puskesmas
  2. Upaya peningkatan motivasi koordinator imunisasi puskesmas dengan jalan pemberian insentif berdasarkan beban kerja, ada system penilaian kerja, perlu membudayakan pemberian penghargaan pada tenaga kesehatan yang berprestasi.
  3. Upaya peningkatan kualitas pelaksanaan fungsi perencanaan (P1) program imunisasi dengan jalan atasan harus lebih peka terhadap validitas data dan menyusun perencanaan melibatkan subdin terkait yang harus melewati tahapan perencanaan

4. Upaya peningkatan kualitas pelaksanaan fungsi pergerakan pelaksanaan (P2) dengan jalan perlu dukungan Kepala Puskesmas dalam bentuk supervisi dan evaluasi, memperbaiki kuantitas dan kualitas supervisi terutama aspek frekuensi, materi, supervisor, tujuan, dana operasional, dan evaluasi, agar supervisi imunisasi dapat efektif serta membangun *networking* terutama dengan tokoh masyarakat.
5. Upaya peningkatan kualitas pelaksanaan fungsi penilaian (P3) dengan jalan perlu penilaian kinerja dari Kepala Dinas kepada Kepala Puskesmas terkait imunisasi, Kepala Puskesmas turut diundang saat Evaluasi PWS Imunisasi, pengadaan kembali buku kuning, merah dan biru oleh Kabupaten.

## 7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian ini, maka saran yang disampaikan adalah sebagai berikut :

1. Bagi Manajemen Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas
  - a. Komitmen Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas perlu ditingkatkan dengan jalan meluangkan waktu untuk memberi penekanan pada permasalahan program imunisasi
  - b. Pembentukan mekanisme evaluasi, Kepala Dinas mengevaluasi Kepala Puskesmas, Kepala Puskesmas mengevaluasi Koordinator imunisasi Puskesmas

## 2. Bagi Pembaca dan Peneliti

- a. Perlu dilakukan penelitian lanjutan, yang meneliti tentang *efficacy* vaksin terhadap sasaran imunisasi agar upaya peningkatan kualitas pelaksanaan program imunisasi lebih efektif.
- b. Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang ” Adakah perbedaan kualitas pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi antara Puskesmas dengan kasus *VDPV* dengan yang tidak ada kasus?.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI, 1993, *Modul Latihan Petugas Imunisasi*, edisi ke 5, Jakarta: Ditjen PPM-PLP
- Depkes RI, 2000, *Pedoman Supervisi jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar*, Jakarta
- Depkes RI, 2002, *Pedoman Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia*, Jakarta: Ditjen PPM-PLP
- Depkes RI, 2002, *Pedoman Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia*, Jakarta: Ditjen PPM-PLP
- Depkes RI, 2004, *Kepmenkes No. 1059/Menkes/SK/IX/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi*.
- Depkes RI, 2004, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 1091/MENKES/SK/X/2004, Tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota* , Jakarta: hlm 34—36.
- Depkes RI, 2002, *Pedoman Pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional tahun 2005*, Jakarta: Ditjen PP & PL, hlm 5—7
- Dinkes Prop. Jatim, *Laporan Pelaksanaan PIN I dan PIN II Provinsi Jawa Timur tahun 1997,2002,2005*, Surabaya
- François Bompert, 2005, *Vaccination Strategies for the Last Stages of Global Polio Eradication*, Indian pediatrics. volume 42\_\_february 17, 2005, [www. google.com](http://www.google.com) Diakses tanggal 2 Januari 2006
- Gibson, J.L., J.M. Ivancevich, J.H. Donnelly, Jr., 1996, *Organisasi, Perilaku, Struktur, Proses*, Jakarta: Bina Rupa Aksara, hlm 119—275 .

- Ismoedijanto, dkk, 2005, *VDVP dalam Eradikasi polio dan permasalahannya*, Continuing Education Ilmu Kesehatan anak XXXV, Surabaya
- Ilyas, Y., 2001, *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*, Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, hlm 66—150.
- Kopelman, R.E., 1998, *Managing Productivity in Organization a Practical-people Oriented Prespective*, New York: MC. Graw Hill Book Company, pp 3—18.
- Muninjaya, A.A. Gde, 2004, *Manajemen Kesehatan : edisi ke 2*, Jakarta ; EGC
- Notoatmodjo, S., 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta, hlm 36—54.
- Qomarudin, M.B, 2002 *Fokus Group Diskusi*, bagian pendidikan dan perilaku kesehatan, Universitas Airlangga Surabaya
- Robbins SP, 1993, *Organization Behavior Concept, controversies, and Application, 6 th edition, Engelwood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall Inc.*
- Siagian, S.P., 2002, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Bumi Aksara, hlm 252—294.
- Sholah Imari, 2002, *Program Eradikasi Polio Global*, dalam buku rujukan Eradikasi Polio di Indonesia, kerjasama Depkes RI dan WHO, Jakarta.
- Simamora, 2004, *Manajemen Sumber Daya Manusia : edisi ke 3* : Yogyakarta, bagian Penerbitan STIE YKPN
- Supriyanto, Damayanti, N.A, 2005, *Perencanaan dan Evaluasi*, Universitas Airlangga Surabaya

- WHO, 2005, *Poliovirus Infections in Four Unvaccinated Children - Minnesota*  
Department of health and human services Centers for Disease Control and  
Prevention, Morbidity and Mortality Weekly Report Vol. 54,  
www.Google.com Diakses Tanggal 2 Januari 2006
- WHO, 2005, *Shift in Worldwide Polio Vaccine Approach in 2005*, Post polio  
health, *Fall 2005, Vol. 21, No. 4, continued*, www.Google.com Diakses  
Tanggal 2 Januari 2006
- WHO, 2005, *Polio eradication*, Regional office for South East Asia  
www.Google.com Diakses Tanggal 2 Januari 2006
- Wardhani, Desi Lusiana, 2005 *Upaya Peningkatan Kualitas Antenatal di  
Puskesmas Kabupaten Tulungagung*, Tesis, Program Pascasarjana  
Universitas Airlangga Surabaya.
- Zainuddin, M., 2003, *Metode Penelitian*, Surabaya: Administrasi dan Kebijakan  
Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, hlm  
58—72.



## Lampiran I

**KUESIONER PENELITIAN**  
**UPAYA PENINGKATAN KUALITAS PELAKSANAAN IMUNISASI**  
**BERDASARKAN ANALISIS KARAKTERISTIK PETUGAS**  
**DAN PELAKSANAAN FUNGSI MANAJEMEN PROGRAM IMUNISASI**

---

**Daftar Pertanyaan Untuk Pengelola Program Imunisasi Kabupaten**

- Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui kemampuan petugas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
  - Jawaban yang Saudara berikan berguna untuk meningkatkan kualitas cakupan imunisasi polio, oleh karena itu jawaban yang jujur dari Saudara sangat kami harapkan.
  - Kuesioner ini tidak berpengaruh apapun terhadap Saudara.
  - Terima kasih kami ucapkan atas partisipasi Saudara sebagai responden penelitian ini.
- 

Tanggal wawancara :  
 No. Responden : (Diisi oleh petugas pewawancara)

**A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Umur : tahun  
 Jenis Kelamin : Laki-laki / perempuan  
 Pendidikan terakhir : .....  
 Pangkat/Gol : .....  
 Lama kerja : .....  
 Lama mengelola program : .....

---

**Petunjuk Pengisian :**

- Beri tanda ( V ) pada kolom yang Saudara pilih sesuai keadaan yang sebenarnya
- Ada 4 alternatif jawaban yaitu :  
 SM= Sangat mampu  
 M = Mampu  
 TM = Tidak mampu  
 STM= Sangat tidak mampu

**KEMAMPUAN**

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		SM	M	TM	STM
1	Saya menentukan target cakupan imunisasi, jumlah sasaran, kebutuhan vaksin dan kebutuhan sarana prasarana sebelum melaksanakan program imunisasi				
2	Saya mengelola cold chain mulai dari penyimpanan, pendistribusian sampai pemakaian				
3	Dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi, saya berkoordinasi dengan lintas program				
4	Saya melakukan pencatatan dan pelaporan secara rutin tiap bulannya dalam manajemen program imunisasi				
5	Saya menggunakan hasil pencatatan dan pelaporan untuk membuat perencanaan maupun evaluasi				
6	Untuk meningkatkan mutu program imunisasi, saya melakukan supervisi ke Puskesmas				
7	Saya membahas masalah yang ditemukan pada saat supervisi dan memberikan umpan balik				
8	Saya melakukan monitoring program imunisasi melalui pelaksanaan PWS imunisasi				
9	Saya melakukan evaluasi program imunisasi untuk mengetahui hasil kegiatan dibandingkan dengan target yang ditetapkan				
10	Saya menginformasikan setiap pelatihan imunisasi yang saya ikuti kepada Puskesmas				
11	Saya melaporkan hasil pertemuan tentang program imunisasi di Propinsi kepada atasan saya				

**Perencanaan**

No.	Uraian	Dilakukan		Dokumen		Bagaimana caranya				Kendala
		Ya	tidak	ada	tidak	Dengan rumus	Dari Propinsi	BPS	Lain-lain, sebutkan	
11	Menentukan jumlah sasaran									
12	Menentukan target cakupan									
13	Menentukan kebutuhan vaksin									
14	Menentukan kebutuhan sarana									

**Pengelolaan Cold-chain**

No.	Uraian	Dilakukan		Dokumen		Bagaimana caranya	Kendala
		Ya	tidak	ada	tidak		
15	Pencatatan suhu lemari es						
16	Penyimpanan vaksin polio						
17	Pendistribusian vaksin						
18	Pemakaian vaksin : 1. <i>early expired first out (EEFO)</i> , 2. <i>VVM (Vaccine vial monitor)</i>						



22. Apakah saudara melakukan pembahasan masalah yang ditemukan pada waktu supervisi program imunisasi dengan :

No.	Jenis Tenaga	Pembahasan Masalah				
		Ya	Tidak	Bila ya, berapa kali dalam tahun 2005 dan bagaimana pembahasannya	Bila tidak, mengapa ?	Bagaimana saudara selanjutnya ? harapan untuk
1.	Atasan Saudara					
2.	Pengelola program KIA Dinkes					
3.	Kepala Puskesmas					

23. Apakah Saudara melakukan pencatatan dan pelaporan program imunisasi?

No.	Uraian	dilakukan		dokumen		Kapan pelaksanaannya	Kendala dalam pencatatan & pelaporan
		ya	tidak	ada	tidak		
a	Pencatatan : 1. hasil cakupan imunisasi 2. Stock & pemakaian vaksin 3. barang imunisasi						
b	Pelaporan : 1. hasil cakupan imunisasi 2. Stock & pemakaian vaksin						





## Lampiran 2 Kuesioner

**KUESIONER PENELITIAN**  
**UPAYA PENINGKATAN KUALITAS PELAKSANAAN IMUNISASI**  
**BERDASARKAN ANALISIS KARAKTERISTIK PETUGAS**  
**DAN PELAKSANAAN FUNGSI MANAJEMEN PROGRAM IMUNISASI**

---

**Daftar Pertanyaan Untuk Kepala Puskesmas**

- Kuesioner ini bertujuan untuk mengidentifikasi kemampuan petugas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
  - Jawaban yang Saudara berikan berguna untuk meningkatkan kualitas cakupan imunisasi polio, oleh karena itu jawaban yang jujur dari Saudara sangat kami harapkan.
  - Kuesioner ini tidak berpengaruh apapun terhadap Saudara.
  - Terima kasih kami ucapkan atas partisipasi Saudara sebagai responden penelitian ini.
- 

Tanggal wawancara :  
 No. Responden : (Diisi oleh petugas pewawancara)

**B. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Umur : tahun  
 Jenis Kelamin : Laki-laki / perempuan  
 Pendidikan terakhir : .....  
 Pangkat/Gol : .....  
 Masa kerja : .....  
 Lama kerja sebagai Ka Pusk. : .....

---

**Petunjuk Pengisian :**

- Beri tanda ( V ) pada kolom yang Saudara pilih sesuai keadaan yang sebenarnya
- Ada 4 alternatif jawaban yaitu :  
 SM = Sangat Mampu  
 M = Mampu  
 TM = Tidak mampu  
 STM = Sangat tidak mampu





3. Dibuat bersama staf dalam suatu forum/pertemuan dan diputuskan Kepala Puskesmas
  4. Melanjutkan kebiasaan sebelumnya
11. Untuk petugas pemberi pelayanan imunisasi sesuai jadwal diatas, apakah ada pembagian tugas?
- a. Ada
  - b. Tidak
- Jika ada, siapa yang menyusun pembagian tugas?
1. Ditentukan sendiri oleh Kepala Puskesmas
  2. Dibuat oleh salah satu staf, disetujui Kepala Puskesmas
  3. Dibuat bersama staf dalam suatu forum/pertemuan dan diputuskan Kepala Puskesmas
  4. Melanjutkan kebiasaan sebelumnya
12. Didalam pelaksanaan pelayanan imunisasi, apakah ada perubahan waktu yang tidak sesuai jadwal?
- a. Ada
  - b. Tidak
- Jika ada, berapa kali terjadi? .....kali/bulan atau.....kali/tahun
13. Apakah ada pergantian petugas yang tidak sesuai jadwal?
- a. Ada
  - b. Tidak
- Jika ada, mengapa?.....
- Berapa kali pergantian terjadi?, ..... kali/bulan atau.....kali/tahun
14. Apakah Saudara melakukan penyuluhan tentang imunisasi?
- a. Ya
  - b. Tidak
- Jika Ya, kapan pelaksanaannya?
1. Pada kegiatan khusus
  2. Dititipkan pada kegiatan lain
  3. Pada rapat tingkat kecamatan
  4. Lainnya.....
15. Apakah Saudara melakukan supervisi kegiatan pelayanan imunisasi?
- a. Ya
  - b. Tidak
- Jika ya, apakah dilakukan pada.....
1. Waktu pelayanan
  2. waktu melakukan supervisi ke Pustu
  3. waktu melakukan supervisi ke Polindes
16. Apakah Saudara menemukan masalah dalam pelaksanaan program imunisasi?
- a. Ya
  - b. Tidak
- Jika Ya, kapan masalah tersebut Saudara dapatkan?
1. Waktu supervisi langsung dipelayanan
  2. Laporan petugas sesudah pelayanan
  3. Laporan di Puskesmas
  4. Dari pihak lain, sebutkan.....



23. Apakah Saudara menetapkan target cakupan imunisasi polio disemua wilayah kerja?

No.	Jenis target	Dilakukan		dokumen		Cara menetapkan	Kendala dlm tetapkan target
		Ya	tidak	ada	tidak		
1	Polio 1						
2	Polio 2						
3	Polio 3						
4	Polio 4						

### Pengelolaan cold-chain

24. Apakah Saudara ikut menentukan kebutuhan vaksin dan sarananya disemua wilayah kerja?

No.	Uraian	dilakukan		dokumen		Cara menetapkan	Kendala dlm tetapkan kebutuhan
		ya	tidak	ada	tidak		
1	Vaksin						
2	Sarana :						

### Koordinasi

25. Apakah ada dukungan dan kerjasama dari lintas sektor untuk program imunisasi baik rutin maupun PIN pada tahun 2005?

No.	Uraian	Koordinasi dengan		Keterangan		
		Ya (berapa kali/th)	Tidak	Bila ya, hal apa yang di koordinasikan	Bila tidak, mengapa ?	Kendala dalam koordinasi
a.	Camat					
b.	Kepala desa					

c	Lintas sektor (sebutkan....)					
d	Kader Posyandu					
e	Tokoh masyarakat					
f	PKK					
g	Lain-lain (sebutkan)					

26. Apakah Saudara melakukan kegiatan persiapan petugas sebelum melakukan pelayanan imunisasi baik imunisasi rutin maupun PIN pada tahun 2005?

No.	Uraian	Dilakukan		Bila tidak mengapa?	Kendala dalam pelayanan
		ya	tidak		
	Persiapan petugas :				
a	Inventarisasi sasaran				
b	Persiapan vaksin dan peralatan cold chain				
c	Persiapan ADS dan safety box				

27. Apakah Saudara melakukan kegiatan persiapan masyarakat sebelum melakukan pelayanan PIN pada tahun 2005?

No.	Uraian	Dilakukan		Bila tidak mengapa?	Kendala dalam persiapan masyarakat
		ya	tidak		
	Persiapan masyarakat :				
a	Kerjasama lintas sektor				

b	Kerjasama dengan organisasi profesi				
c	Kerjasama dengan kader				
d	Lain-lain (sebutkan.....)				

28. Apakah Saudara melakukan supervisi kegiatan imunisasi baik PIN maupun rutin pada tahun 2005 pada hal-hal dibawah ini?

No	Uraian	Dilakukan		Bila ya			Bila Tidak, Mengapa?
		ya	tidak	Frekwensi/th	Materi supervisi	Kendala	
a.	Koordinator imunisasi puskesmas						
b	Pustu						
c	Polindes						

29. Apakah saudara melakukan pembahasan masalah tentang program imunisasi dengan :

No.	Jenis Tenaga	Pembahasan		Keterangan		
		Ya	Tidak	Bila ya, berapa kali dalam tahun 2005 dan bagaimana pembahasannya	Bila tidak, mengapa ?	Bagaimana harapan saudara untuk selanjutnya ?
I.	Pengelola program imunisasi Dinkes					

2	Camat					
3.	Kepala desa					
4.	PKK					
5	Kader					
6	Tokoh masyarakat					

30. Apakah saudara melakukan kegiatan evaluasi berikut ini setiap bulan ?

No.	Kegiatan	Ya	Tidak	Keterangan		
				Bila ya, berapa kali evaluasi dalam 1 (satu) tahun, hasil evaluasinya bagaimana (cek dokumen)	Bila tidak, mengapa ?	Bagaimana sebaiknya menurut saudara ?
1.	cakupan imunisasi  Cakupan polio tahun 2005 .....% (cek dokumen) P1,P2,P3,P4					
2.	Vaksin yang dipakai					







## Lampiran 3: Kuesioner

**KUESIONER PENELITIAN**  
**UPAYA PENINGKATAN KUALITAS PELAKSANAAN IMUNISASI**  
**BERDASARKAN ANALISIS KARAKTERISTIK PETUGAS**  
**DAN PELAKSANAAN FUNGSI MANAJEMEN PROGRAM IMUNISASI**

**Daftar Pertanyaan Untuk Koordinator Imunisasi Puskesmas**

- Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik petugas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi
- Jawaban yang Saudara berikan berguna untuk meningkatkan kualitas cakupan imunisasi polio, oleh karena itu jawaban yang jujur dari Saudara sangat kami harapkan.
- Kuesioner ini tidak berpengaruh apapun terhadap Saudara.
- Terima kasih kami ucapkan atas partisipasi Saudara sebagai responden penelitian ini.

Tanggal wawancara :  
 No. Responden : (Diisi oleh petugas pewawancara)

**C. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Umur : tahun  
 Pendidikan :  
 Lama sebagai programmer : tahun  
 Asal Puskesmas :

Petunjuk Pengisian :

- Berilah tanda ( V ) pada jawaban yang menurut Saudara paling sesuai.

**SIKAP**

No.	Pertanyaan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju	skor
1	Perencanaan merupakan bagian yang sangat penting dalam pengelolaan program imunisasi.					
2	Menentukan jumlah sasaran dan target cakupan merupakan					

	salah satu kegiatan yang sangat penting, karena menjadi dasar dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi program.					
3	Pengelolaan <i>cold chain</i> yang baik dari Kabupaten sampai sasaran, akan mempengaruhi efek perlindungan pemberian imunisasi polio.					
4	Dalam penyimpanan atau pengangkutan vaksin, susunannya tidak perlu diperhatikan					
5	Vaksin yang dipakai tidak harus vaksin yang poten dan aman.					
6	Sarana <i>cold chain</i> dibuat secara khusus untuk menjaga potensi vaksin.					
7	Dalam merencanakan pengadaan suatu jenis sarana, uji coba dilapangan tidak perlu dilakukan.					
8	Dukungan serta peran lintas program dan lintas sektor sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan program imunisasi.					
9	Hasil kegiatan imunisasi polio di Puskesmas dicatat di buku kuning, dan dilaporkan ke Kabupaten paling lambat tanggal 5 tiap bulan.					
10	Setiap petugas program imunisasi perlu mengadakan pemantauan agar pelaksanaan program dapat diketahui setiap bulan.					

**KEMAMPUAN**

No.	Pernyataan	Alternatif Jawaban			
		SM	M	TM	STM
11	Saya menentukan target cakupan imunisasi, jumlah sasaran, kebutuhan vaksin dan kebutuhan sarana prasarana sebelum melaksanakan program imunisasi				
12	Saya mengelola cold chain mulai dari penyimpanan, pendistribusian sampai pemakaian vaksin				
13	Dalam pelaksanaan pelayanan imunisasi, saya berkoordinasi dengan lintas program dan lintas sektor				
14	Sebelum melaksanakan pelayanan, saya menginventarisasi sasaran, menyiapkan vaksin dan rantai vaksin serta menyiapkan ADS dan safety box				
15	Saya melakukan pencatatan dan pelaporan program imunisasi secara rutin tiap bulannya				
16	Untuk memantau pelaksanaan program imunisasi saya membuat PWS imunisasi				
17	Saya menginformasikan setiap pelatihan imunisasi yang saya ikuti kepada pustu dan polindes				
18	Saya melaporkan hasil pertemuan tentang program imunisasi di Kabupaten kepada atasan saya				

Ket :

SM = Sangat Mampu

M = Mampu

TM = Tidak mampu

STM = Sangat tidak mampu



b. TIDAK (alasan.....)

24. Menurut saudara, berapa suhu yang paling tepat untuk penyimpanan vaksin polio?

2 - 6°C

2 - 7°C

2 - 8°C

2 - 9°C

Lain – lain .....(sebutkan)

25. Menurut saudara, hal-hal apa sajakah yang dicatat dalam pencatatan program imunisasi?

Cakupan imunisasi

Vaksin

Suhu lemari es

Logistik imunisasi

Lain-lain, sebutkan.....

26. Menurut saudara, tujuan pemantauan program imunisasi (PWS) adalah untuk .....

Mengetahui sampai dimana keberhasilan kerja sekarang

Mengetahui permasalahan yang ada

Bantuan yang diharapkan dari supervisor, penguasa wilayah setempat, dll

Tidak tahu

Lain-lain, sebutkan

**PELATIHAN**

27. Apakah Saudara pernah mengikuti pelatihan imunisasi yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi?
- Pernah
  - Tidak pernah → stop
28. Dari pelatihan yang Saudara ikuti, apakah saudara memperoleh sertifikat?
- Ya
  - Tidak
29. Pada saat mengikuti pelatihan, materi apa yang belum Saudara pahami? (jawaban boleh lebih dari satu)
- Peralatan imunisasi dan cara sterilisasi
  - Cara pemberian imunisasi
  - Persiapan untuk pelaksanaan imunisasi
  - Bagaimana cara melaksanakan imunisasi dilapangan
  - Penyuluhan kesehatan di pos pelayanan imunisasi
  - Bagaimana cara memantau program imunisasi
  - Tidak ada
30. Apakah pelatihan yang Saudara ikuti membantu Saudara didalam melaksanakan tugas?
- Tidak
  - Cukup membantu
  - Membantu
  - Sangat membantu

**MOTIVASI****(A). PRESTASI**

31. Apakah hasil dari kinerja Saudara mencapai target yang telah ditetapkan?
- Tidak pernah
  - Kadang-kadang
  - Sering
  - Selalu
32. Apakah di Puskesmas Saudara, ada sistem penilaian prestasi kerja, terhadap pelaksanaan pekerjaan?
- Ada
  - Tidak → langsung no. 34
33. Jika ada, penilaian prestasi kerja tersebut, dalam bentuk apa?
- DP3
  - Puskesmas Berprestasi
  - Bidan atau Perawat Teladan
  - Lain-lain, sebutkan .....

38. Menurut pendapat Saudara, dengan tujuan untuk memotivasi koordinator imunisasi di Puskesmas, perlukah penilaian prestasi kerja tenaga kesehatan di dalam memperoleh peningkatan cakupan imunisasi?
- Perlu
  - Tidak perlu → langsung ke No. 36
39. Dari bentuk penilaian prestasi kerja dibawah ini, menurut Saudara manakah yang paling berpengaruh untuk mendorong peningkatan hasil cakupan imunisasi?
- DP3
  - Puskesmas Berprestasi
  - Bidan atau Perawat Teladan
  - Lain-lain, sebutkan .....

**(B). PENGAKUAN**

36. Apakah di Puskesmas Saudara, ada sistem penghargaan terhadap prestasi kerja Saudara dalam melaksanakan pekerjaan?
- Ada
  - Tidak → langsung ke No. 38
37. Jika ada, sistem penghargaan prestasi kerja tenaga kesehatan tersebut, dalam bentuk apa?
- Pujian
  - Sertifikat/piagam penghargaan
  - Insentif
  - Promosi jabatan
  - Lain-lain, sebutkan .....
38. Menurut pendapat Saudara, dengan tujuan untuk memotivasi koordinator imunisasi di Puskesmas, perlukah sistem penghargaan terhadap prestasi kerja di dalam peningkatan cakupan imunisasi?
- Perlu
  - Tidak perlu → langsung ke No. 40
39. Jika perlu, dalam bentuk apa sistem penghargaan prestasi kerja yang paling tepat?
- Pujian
  - Sertifikat / piagam penghargaan
  - Insentif
  - Promosi jabatan
  - Lain-lain, sebutkan .....



**(C). PELUANG KARIR**

- 40 Apakah Saudara diberikan kesempatan untuk mengikuti pelatihan ?  
 a. Tidak pernah      b. Kadang-kadang      c. Sering      d. Selalu
- 41 Apakah Saudara diberikan kesempatan untuk mengikuti seminar untuk mendapatkan informasi yang *up to date* ?  
 a. Tidak pernah      b. Kadang-kadang      c. Sering      d. Selalu
- 42 Apakah Puskesmas, Dinas Kesehatan memberikan dukungan berupa dana pada pelatihan atau seminar yang Saudara ikuti ?  
 a. Tidak pernah      b. Kadang-kadang      c. Sering      d. Selalu
- 43 Apakah Saudara diberikan kesempatan untuk melanjutkan pendidikan yang berkaitan dengan tugas Saudara saat ini ?  
 a. Tidak pernah      b. Kadang-kadang      c. Sering      d. Selalu
- 44 Apakah Saudara diberikan kesempatan dalam pengembangan karir (Saudara dipromosikan untuk menduduki jabatan yang lebih tinggi dari sekarang) ?  
 a. Tidak pernah      b. Kadang-kadang      c. Sering      d. Selalu

**(D). JENIS PEKERJAAN**

- 45 Mengapa Saudara bertugas dibagian imunisasi?  
 a. Karena Surat Keputusan  
 b. Karena latar belakang pendidikan  
 c. Kemauan sendiri  
 d. Tidak ada pilihan lain
- 46 Apakah Saudara menyenangi pekerjaan Saudara?  
 a. Sangat tidak senang      b. Kadang-kadang      c. Senang      d. Sangat tidak Senang
- 47 Menurut Saudara, apakah bekerja sebagai koordinator imunisasi sesuai dengan harapan saudara?  
 a. sesuai      b Tidak sesuai
- 48 Apakah pekerjaan sebagai koordinator imunisasi Puskesmas, dapat berfungsi sebagai pendorong untuk bekerja lebih baik?  
 a. Ya      b. Tidak

**(E) TANGGUNG JAWAB**

49. Apakah pekerjaan mengelola program imunisasi, merupakan tanggung jawab yang berat bagi Saudara?  
 a. Ya      b. Tidak

50. Jika tanggung jawab sebagai pengelola program imunisasi merupakan hal yang berat bagi Saudara, mengapa demikian?

.....  
 .....  
 .....

51. Menurut Saudara, siapakah penanggung jawab, pengelolaan program imunisasi?

- a. Kepala Puskesmas
- b. Pengelola program imunisasi
- c. Koordinator imunisasi
- d. Lain-lain sebutkan, .....

#### (F) KEBIJAKAN

52. Apakah pedoman tentang program imunisasi secara operasional mudah dilaksanakan?

- a. Tidak mudah
- b. Cukup mudah
- c. Mudah
- d. Sangat mudah

53. Apakah tugas yang diberikan oleh atasan Saudara, sesuai dengan tupoksi pekerjaan Saudara?.

- Tidak sesuai
- b. Cukup sesuai
- c. Sesuai
- d. Sangat sesuai

54. Jika tidak sesuai, sebutkan apa tugas tersebut?

.....  
 .....  
 .....

#### (G) SISTIM IMBALAN

55. Apakah gaji yang Saudara terima saat ini sesuai dengan pekerjaan Saudara?

- a. Tidak sesuai
- b. Cukup sesuai
- c. Sesuai
- d. Sangat sesuai

56. Apakah insentif yang Saudara terima saat ini, sesuai dengan tugas Saudara ?

- a. Tidak sesuai
- b. Cukup sesuai
- c. Sesuai
- d. Sangat sesuai

**(H) KONDISI KERJA**

57. Apakah kondisi kerja saat ini mendukung dalam pelaksanaan program?
- Tidak mendukung
  - Cukup mendukung
  - Mendukung
  - Sangat tidak mendukung
58. Menurut Saudara, kondisi kerja seperti apa yang tidak mendukung dalam pelaksanaan program?
- .....
- .....
- .....
59. Menurut Saudara, kondisi kerja seperti apa yang sangat mendukung dalam pelaksanaan program?
- .....
- .....
- .....

**(I) HUBUNGAN ANTAR PRIBADI**

60. Bagaimana kualitas hubungan dengan rekan sekerja?
- Tidak baik
  - Cukup baik
  - Baik
  - Sangat baik
61. Bagaimana kualitas hubungan dengan atasan Saudara?
- Tidak baik
  - Cukup baik
  - Baik
  - Sangat baik

**(J) MASA KERJA**

62. Sudah berapa tahun Saudara bertugas sebagai sebagai tenaga pelaksana imunisasi sampai saat ini?
- ..... tahun.
63. Sampai saat ini, Apakah pekerjaan sebagai tenaga pelaksana imunisasi Puskesmas, membosankan?
- Membosankan
  - Biasa saja
  - Tidak membosankan

**(K) BEBAN KERJA TAMBAHAN**

64. Adakah beban kerja tambahan yang dibebankan kepada Saudara?
- Ada
  - Tidak

65. Jika ada , berapa program tambahan yang menjadi tanggung jawab Saudara?  
 b. > 2 program tambahan  
 c. 2 program tambahan  
 d. 1 program tambahan  
 e. Hanya bertugas di bagian imunisasi
66. Menurut Saudara bagaimana pengaruh beban kerja tambahan yang dibebankan kepada Saudara terhadap tugas pokok dan fungsi pekerjaan Saudara?  
 a. Mengganggu  
 b. Biasa saja  
 c. Tidak mengganngu
67. Menurut Saudara, idealnya petugas imunisasi, menangani berapa program:  
 .....  
 Alasan Saudara: .....  
 .....

### Perencanaan

No.	Uraian	Dilakukan		Dokumen		Bagaimana caranya				Kendala
		Ya	tidak	ada	tidak	Dengan rumus	Dari Propinsi	BPS	Lain-lain, sebutkan	
68	Menentukan jumlah sasaran									
69	Menentukan jadwal posyandu									
70	Menentukan kebutuhan vaksin									
71	Menentukan kebutuhan sarana									

**Pengelolaan Cold-chain**

No.	Uraian	Dilakukan		Dokumen		Bagaimana caranya	Kendala
		Ya	tidak	ada	tidak		
72	Pencatatan suhu lemari es						
73	Penyimpanan vaksin polio						
74	Pendistribusian vaksin						
75	Pemakaian vaksin : 1. <i>early expired first out (EEFO)</i> , 2. <i>VVM (Vaccine vial monitor)</i>						

**Koordinasi**

76. Apakah Saudara berkoordinasi dengan hal-hal dibawah ini tentang pelaksanaan program imunisasi pada tahun 2005?

No.	Uraian	Pelaksanaan koordinasi				
		Ya (berapa kali/th)	Tidak	Bila ya, hal apa yang di koordinasikan	Bila tidak, mengapa ?	Kendala
a	KIA					
b.	Surveillans					
c	UKS					

### Pelaksanaan Pelayanan

77. Apakah saudara melakukan persiapan petugas sebelum melakukan pelayanan imunisasi?

No.	Uraian	dilakukan		Kendala yang ditemui dalam pelaksanaan	Bila tidak melakukan, mengapa?
		Ya	tidak		
	Persiapan petugas : a. Inventarisasi sasaran b. Vaksin dan logistik c. ADS & safety box				

### Supervisi

78. Apakah Saudara diberikan supervisi (pemantauan langsung) oleh atasan Saudara ?

- a. Tidak pernah      b. Jarang      c. Sering      d. Selalu

79. Menurut Saudara apakah isi supervisi yang diberikan oleh atasan berhubungan dengan pekerjaan Saudara?

- d. Sangat tidak berhubungan  
 e. Tidak berhubungan  
 f. Berhubungan  
 g. Sangat berhubungan

80. Menurut Saudara, apakah supervisi yang dilakukan oleh atasan Saudara bermanfaat bagi Saudara?

- a. Sangat tidak bermanfaat  
 b. Tidak bermanfaat  
 c. Bermanfaat  
 d. Sangat bermanfaat

81. Apakah pada tahun 2005 saudara mendapatkan Bintek (PEMBINAAN TEKNIS) program imunisasi dari di bawah ini :

No.	Pemberi Bintek	Ya	Tidak	Keterangan		
				Bila ya, berapa kali dan bagaimana bentuk bintek	Bila tidak, mengapa ?	Bintek apa yang saudara harapkan untuk selanjutnya ?
1.	Dinas Kesehatan					
2.	Puskesmas					

### Akuntabilitas


82. Apakah Saudara melakukan pencatatan dan pelaporan program imunisasi?

No.	Uraian	dilakukan		dokumen		Kapan pelaksanaannya	Kendala dalam pencatatan & pelaporan
		ya	tidak	ada	tidak		
a	Pencatatan : 1. hasil cakupan imunisasi 2. Stock & pemakaian vaksin 3. barang imunisasi						
b	Pelaporan : 1. hasil cakupan imunisasi 2. Stock & pemakaian vaksin						

**PWS Imunisasi**

83. Apakah Saudara membuat PWS imunisasi?

No.	Uraian	dilakukan		dokumen		Kapan membuat	Kendala membuat PWS
		ya	tidak	ada	tidak		
	PWS Imunisasi :						
a	Hasil vaksinasi per Puskesmas						
b	Pengelolaan vaksin						
c	Pengelolaan coldchain						



Terimakasih



**Lampiran 4****PANDUAN FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)****I. LATAR BELAKANG**

Dari hasil penelitian tentang upaya peningkatan kualitas cakupan imunisasi polio berdasarkan analisis karakteristik petugas dalam pelaksanaan program imunisasi di kabupaten Pamekasan yang dilaksanakan pada bulan Mei s/d Juni 2006, diperoleh informasi seperti tertera dalam isu strategis.

Untuk mengatasi masalah tersebut diperlukan FGD dalam upaya mencari penyebab serta upaya pemecahan kejadian tersebut di atas.

**II. TUJUAN**

1. Klarifikasi data
2. Mencari penyebab isu strategis
3. Mencari solusi penyelesaian penyebab isu strategis, dalam upaya meningkatkan kualitas cakupan imunisasi.

**III. PESERTA**

1. 2 orang Koordinator Imunisasi Kabupaten
2. 4 orang Kepala Puskesmas
3. 3 orang Pengelola program imunisasi Provinsi

**IV. WAKTU & TEMPAT**

FGD dilaksanakan pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 4 Agustus 2006

Jam : 13.00 – 15.00 WIB

Tempat : Ruang Rapat Subdin P2PL, lantai III Dinas Kesehatan Provinsi  
Jl. A. Yani 118 Surabaya

## V. RINGKASAN HASIL (ISU STRATEGIS)

A	Pengetahuan	Koordinator imunisasi Puskesmas belum paham tentang gejala polio, strategi eradikasi polio, pemberian polio pada anak diare dan tujuan PWS imunisasi
B	Motivasi	Motivasi Koordinator imunisasi Puskesmas dalam pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi rendah (nilai-rata-rata 2,32) yaitu dari aspek : 1. Faktor motivator : prestasi kerja (nilai rata-rata 2,50), peluang karir (nilai rata-rata 1,30), pengakuan atas hasil kerja (nilai rata-rata 2,40) dan tanggungjawab (nilai rata-rata 2,35) 2. Faktor hygiene : Kebijakan (nilai rata-rata 1,85), insentif yang diterima (nilai rata-rata 2,10), kondisi kerja (nilai rata-rata 2,35)
C	Beban kerja tambahan	45% Koordinator imunisasi Puskesmas yang mempunyai tugas rangkap mengatakan adanya beban kerja tambahan berpengaruh terhadap tupoksi
D	Perencanaan	Tidak ada data riil jumlah sasaran dan data proyeksi terlalu tinggi
E	Pengelolaan Coldchain	1. Sarana pendistribusian vaksin kurang 2. Dropping buku pencatatan vaksin dari Propinsi tidak ada 3. Gangguan listrik : voltage turun, listrik sering mati
F	Pelaksanaan imunisasi	Sasaran sering tidak datang ke posyandu, bila kegiatannya hanya penimbangan dan imunisasi
G	Koordinasi	Dukungan lintas sektor dalam pelaksanaan imunisasi rutin jarang
H	Supervisi	100% Koordinator imunisasi mengatakan bahwa frekwensi bimbingan teknis oleh Kabupaten adalah jarang dan 45% Koordinator imunisasi mengatakan bahwa frekwensi bimbingan teknis oleh Kepala Puskesmas adalah jarang
I	Pencatatan dan pelaporan	1. Kelengkapan dokumen pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan imunisasi masih rendah (50%). 2. Tidak adanya dropping buku pencatatan
J	PWS imunisasi	1. Kepala Puskesmas jarang melakukan evaluasi terhadap cakupan imunisasi (65%), pemakaian vaksin (60%), pencatatan suhu lemari es (40 %). 2. Kepala Puskesmas jarang melakukan evaluasi terhadap PWS imunisasi (52,9%) 3. Tidak adanya dropping buku PWS menjadikan petugas malas untuk membuat laporan.

## VI. PERTANYAAN FGD

1. Alasan mengapa terjadi permasalahan seperti pada isu strategis?
2. Bagaimana upaya untuk mengatasi kejadian tersebut.

**MATRIKS FGD**

<b>Variabel</b>	<b>Penyebab</b>	<b>Alasan</b>	<b>Upaya Pemecahan</b>
<b>Pengetahuan</b>	Koordinator imunisasi Puskesmas belum paham tentang gejala polio, strategi eradikasi polio, pemberian polio pada anak diare dan tujuan PWS imunisasi		
<b>Motivasi</b>	1. Faktor pendorong : a) penilaian kerja b) pengakuan atas hasil kerja c) peluang karir d) tanggungjawab 2. Faktor hygiene : a) Kebijakan program b) insentif yang diterima c) kondisi kerja		
<b>Beban kerja tambahan</b>	beban kerja tambahan mengganggu tupoksi		
<b>Perencanaan</b>	Tidak ada data riil jumlah sasaran dan data proyeksi terlalu tinggi		
<b>Pengelolaan Coldchain</b>	1. Sarana pendistribusian vaksin kurang 2. Dropping buku pencatatan vaksin tidak ada 3. Listrik sering mati		

Pelaksanaan imunisasi	Sasaran sering tidak datang ke posyandu		
Koordinasi	Dukungan lintas sektor dalam pelaksanaan imunisasi rutin jarang		
Supervisi	1. Bintek oleh Kabupaten dan Kepala Puskesmas jarang		
Pencatatan dan pelaporan	1. Kelengkapan dokumen pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan imunisasi masih rendah 2. Tidak adanya dropping buku pencatatan (buku kuning, merah, biru)		
PWS imunisasi	1. Kepala Puskesmas jarang melakukan evaluasi terhadap cakupan imunisasi 2. Kepala Puskesmas jarang melakukan evaluasi terhadap pemakaian vaksin 3. Kepala Puskesmas jarang melakukan evaluasi terhadap pencatatan suhu lemari es. 4. Kepala Puskesmas jarang melakukan evaluasi terhadap PWS imunisasi. 5. Tidak adanya dropping buku PWS menjadikan petugas malas untuk membuat laporan.		

## Lampiran 5

**HASIL FOCUS GROUP DISCUSSION (FGD)****A. Pelaksanaan**

1. Tempat : Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur  
Jl. A. Yani 118 Surabaya
2. Hari/Tanggal : Jumat, 4 Agustus 2006
3. Jam : 13.00 WIB
4. Peserta : Konsultan GAFI-Depkes, 1 orang pengelola program imunisasi Propinsi, 2 orang pengelola surveillans Propinsi, 2 orang Koordinator imunisasi Kabupaten Pamekasan, 4 orang Kepala Puskesmas di Kabupaten Pamekasan.
5. Moderator : Ratna Dwi Wulandari, SKM, Mkes

**B. Tahapan FGD**

1. Penjelasan tentang FGD oleh Moderator yang meliputi :
  - a. Tujuan (hasil yang dicapai) :
    - 1) Klarifikasi hasil penelitian kepada peserta FGD
    - 2) Mengidentifikasi penyebab isu strategis
    - 3) Mencari solusi pemecahan penyebab isu strategis
  - b. Tata cara pelaksanaan :
    - 1) Diskusi berlangsung 1 – 2 jam
    - 2) Penataan tempat duduk dalam bentuk setengah lingkaran
    - 3) Dipimpin oleh seorang moderator
    - 4) Moderator harus memberikan toleransi jeda yaitu memberikan upaya kesempatan berpikir untuk semua pihak.
    - 5) Komunikasi dapat dilakukan dengan kertas kecil atau bicara
    - 6) Catatan yang diperoleh oleh pencatat proses, dianalisis pada saat itu pula untuk merumuskan hasil FGD
2. Peneliti menyampaikan hasil penelitian mengenai karakteristik responden tentang pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi.
3. Diskusi isu strategis
4. Peserta diminta memberikan beberapa masukan terhadap setiap isu strategis.

5. Peneliti membantu merekam diskusi dengan tape recorder
6. Mendokumentasikan rekaman atas diskusi yang diperoleh secara tertulis serta membuat laporan atas usulan peserta berkaitan upaya peningkatan kualitas cakupan imunisasi dan menyusun rekomendasi bagi Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan.

### **C. Rekaman proses pelaksanaan FGD**

FGD dibuka oleh moderator pada pukul 13.00 WIB, kemudian dilanjutkan dengan pemaparan hasil penelitian dan isu strategis oleh peneliti, kemudian dilanjutkan dengan diskusi yang dimulai pukul 13.20 WIB sampai dengan pukul 15.10 WIB. Secara lengkap hasil diskusi tersebut adalah sebagai berikut :

MD : Assalamualaikum wr.wb, selamat siang kepada bapak ibu sekalian. Pada siang ini kita memenuhi undangan dari bu Ayu Kusumayanti untuk mengadakan FGD, sebagai salah satu tahapan akhir untuk menyusun rekomendasi dari tesis yang saat ini tengah disusun oleh bu Ayu. Sesuai dengan tujuan FGD yaitu untuk memperoleh rekomendasi, maka untuk FGD pada siang hari ini, pihak-pihak yang diundang tentunya adalah yang paham betul dengan masalah yang dikaji pada penelitian bu Ayu yaitu tentang upaya peningkatan kualitas cakupan imunisasi polio, yang kebetulan penelitiannya dilakukan di Kabupaten Pamekasan. Sehingga Selamat datang kepada teman-teman yang jauh datang dari Pamekasan, sudah nyebrang laut sampai disini, semoga bisa memberikan hasil yang bermanfaat baik bagi bu Ayu maupun bagi pengembangan program ini selanjutnya. Nah pada siang hari ini nanti untuk memberi gambaran kepada kita apa apa yang telah diperoleh bu Ayu selama penelitian, maka disesi awal bu Ayu akan mempresentasikan hasil penelitiannya secara singkat untuk memberikan gambaran bagi kita, dan dari situ bu Ayu akan mengerucutkan menjadi beberapa isu strategis. Nah isu strategis inilah yang harus kita diskusikan bersama untuk dicarikan pemecahannya, sehingga untuk kedepan pelaksanaan imunisasi polio ini bisa lebih berhasil dibanding

saat ini. Baik, untuk mempersingkat waktu, silahkan bu Ayu mempresentasikan hasil secara singkat.

- SW : Saya belum tamat S3, tapi sekalian saya luruskan bahwa untuk Kepala Puskesmas, S1 adalah 15, S2 adalah 5 orang.
- MD : Oke, demikian tadi paparan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh bu Ayu, Sebelum kita masuk ke membahas isu strategis, barangkali bapak ibu yang dari Pamekasan ada klarifikasi hasil dulu terhadap data yang dikumpulkan. Tadi sudah ada revisi pada pendidikan, barangkali setelah itu ada lagi supaya nantinya hasil yang ditayangkan pada naskah tesis betul-betul sesuai dengan kondisi riil. ....Atau barangkali kondisinya sudah sesuai seperti itu, misalnya seperti yang dikatakan disini tidak mampu, atau mampu sesuai hasil penelitian atau bagaimana, silahkan...
- GT : Sebelum yang dari Pamekasan, tadi disebutkan pada kendala bahwa petugas surveilans kurang, itu maksudnya apa?
- P : Maksudnya adalah tingkat pengetahuan petugas surveilans di Puskesmas kurang
- WN : Ada koreksi, di tabel 5.13.2 istilah cold-chain tidak dipakai lagi, karena kalau kembali lagi ke aman dulu, pakai coldpack bisa mati lagi vaksinya. Soalnya di posyandu sudah pakai air dingin.
- BE : Saya mau klarifikasi di isu strategis no.3. Sebetulnya jam kerja puskesmas itu dari jam berapa sampai jam berapa sih? Katakanlah dengan tupoknya dia sampai jam berapa selesai, E ....definisi mengganggu menurut dia itu dari jam berapa sampai jam berapa? Kemudian yang no 4, sasaran proyeksi disebutkan terlalu tinggi. Ini kalau saya lihat di Sumenep, sebetulnya tidak terlalu tinggi ,malah rendah menurut saya.Pertimbangannya apa? Karena mungkin dianggap terlalu tinggi karena yang pertama mobilitas orang sana tinggi, kedua orang madura..itu umur-umur ..cewek tertama ya, itu tamat SD kan sudah kawin. Jadi sebetulnya sasaran yang diproyeksikan itu sebetulnya rendah, sebetulnya ya...Makanya kalau cakupan 104%, katanya begitu.baik.....tapi begitu kita cek dilapangan dalam kasus PIN kemarin...itu masih banyak yang bolong-bolong... masih ketemu yang bolong-bolong

.artinya apa? Artinya sebetulnya diluar itu lebih banyak daripada yang diproyeksikan. Nah dalam pembahasan ini apakah nggak mungkin nantinya ya. dicelearkan gimana...sehingga barangkali ada mobilitas daerah daerah yang dianggap tinggi,.. di Pamekasan aja. Kalau di Sumenep banyak itu...misalnya pas panen tembakau, panen garam itu sampai berbulan-bulan dsb...Kemudian ada daerah-daerah yang jangkauannya sulit. Beberapa daerah yang mungkin tidak sampai tercatat pada waktu PIN itu juga banyak di daerah Madura Bahkan tidak terjangkau oleh.... katakanlah 1 dusun yang seharusnya ada 1 pos PIN, dia sampai 5 pos PIN saja masih kurang, karena saking sulitnya daerah. Kemudian yang no. 6, tentang isu strategis mengenai posyandu...dikatakan sering tidak datang bila hanya penimbangan dan imunisasi. Ya...Mungkin dikatakan seperti itu ya memang banyak yang seperti ini. Mungkin harus ada semacam PMT. Beberapa masukan ini perlu. Cuman sekarang yang paling bagus untuk membahas ini..ini apa? Terus....no.10, kelengkapan dokumen 50% masih rendah. Ini kelengkapan dokumen apa bu? Apa masuk KMS? Pencatatan sasaran yang sudah diimunisasi, register, buku KIA yang merah muda apa masuk disitu?

P : Pencatatan hasil cakupan imunisasi, stok vaksin, ...

BE : Tapi di definisi operasional jelas ya? Trus isu strategis tentang frekwensi bimbingan teknis oleh Kepala Puskesmas jarang? Karena saya tidak tahu definisi operasionalnya, yang dimaksud bimbingan teknis itu apa?

P : Supervisi

BE : Ke Pustu atau....

P : ke Koordinator imunisasi Puskesmas

MD : Baik Bapak-ibu, kalau tidak ada klarifikasi data lagi dan bapak tadi sudah menyinggung tentang isu strategis, barangkali diskusi kita langsung arahkan untuk membahas point demi point dari isu strategis. Begitu ya.....Oke kita langsung bersama-sama lihat isu strategis no1. Disini disebutkan bahwa koordinator imunisasi puskesmas tingkat pemahaman terhadap pelaksanaan fungsi manajemen program imunisasi masih kurang. Nah yang perlu kita cermati disini barangkali bapak ibu yang dari Puskesmas punya informasi



mengapa kondisi ini sampai terjadi. Itu dulu yang akan kita gali dan kalau kita sudah tahu mengapa itu terjadi nanti kita akan merumuskan untuk kedepan mereka harus kita apakan supaya pemahamannya tentang program imunisasi ini bisa meningkat. Oke barangkali ada yang punya pengalaman, silahkan... staf saya begini lho, sehingga dia kurang paham. Silahkan.....Oke silahkan bapak...

- HN : Mungkin yang pertama itu karena latar belakang pendidikan, jadi dari hasil penelitian tadi dari data menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mereka rata-rata tidak berlatang belakang kesehatan, yang kedua mungkin ada hubungannya, dengan berdasarkan karena latar pendidikan mereka diluar kesehatan sehingga pemahaman mereka tentang imunisasi rendah karena untuk memahami imunisasi harus memahami beberapa yang lain misalnya imunologi dan lainnya.
- SW : Kalau pendidikan sebetulnya masih tanda tanya. Kalau saya lihat masa kerja mereka sudah cukup lama. Di Puskesmas saya itu luar biasa lamanya. Saya rasa ada faktor lain yang menyebabkan dia jadi malas begini, jadi tidak karuan. Pertama memang dari individu...secara individual memang malas. Dengan alasan banyak, satu sakit, banyak utang sehingga kurang focus, kondisi ruangnya tidak mendukung, panas, kerjasama dengan teman yang tidak karu-karuan. Jadi menurut saya memang dari factor manusianya yang tidak mau maju
- FA : Kalau menurut saya, yang pertama minat baca dari staf kita itu rendah sekali. Kemarin ada buku imunisasi biru yang baru itu tahun 2005, Kepala Puskesmas nggak dapat, jurimnya yang dapat. Kemudian saya tanyakan apa sudah dibaca, jawabnya belum.
- MD : apakah pernah diadakan udating pengetahuan tentang manajemen imunisasi bagi jurim?
- FA : Kalau masalah teknis mereka tahu, tapi tentang multi manajemen masih kurang., sehingga kita perlu memahami apa sih tujuan anda bekerja itu tidak hanya menyuntik saja. Pada tahap pertama itu, koordinator hanya tahu nyuntik saja, tidak tahu perencanaan. Kalau pimpinan puskesmas, dati II

lebih intensif. Tapi terus terang saja staf saya, saya ajari bagaimana membuat PWS, kita latih, kita lihat

MD : Jadi, ada ya pelatihan semacam itu?

FA : Sebenarnya nggak ada, tahun ini gak ada. Tapi ada tahun lalu. Saya termasuk Kepala Puskesmas yang paling tua, jadi masih tahu gimana buat trend, tetapi yang baru-baru nggak ada.

MD : Yang lain barangkali? Karena isu ini nanti berdampak pada isu nomor 2, yaitu motivasi. Ternyata apa yang ditemukan bu ayu banyak yang tidak sesuai. Salah satunya tadi adalah malas, sehingga dia tidak punya motivasi untuk melakukan itu. Selain terkait pengetahuan barangkali bapak ibu dapat memprediksi kenapa dia malas ini terlepas dari sifat individu seseorang. Mungkin memang dari lahir sudah malas, tapi ada nggak yang lainnya?

AM : Saya melihat ada faktor kejenuhan. Ada dari teman Puskesmas dari diangkat jadi pegawai sampai sekarang jadi jurim terus. Mungkin perlu dirolling

BE : Mungkin berangkatnya dari kemampuan, karena kemampuan tidak sulit untuk diintervensi.. Menurut saya salah satunya adalah paradigma. Pada jaman dulu perencanaan dst..itu katakanlah dari Pusat, terus berjenjang....paradigma ini menganggap orang Puskesmas sebagai obyek...ngumpulin data, ngumpulin laporan. Nah sekarang mereka tidak seperti itu. Dengan otonomi ada perubahan, mereka harus merencanakan sendiri, memecahkan masalah sendiri dst. Ada semacam perubahan, ini menyebabkan mereka agak kaget. Nah sebenarnya intervensi ini kuncinya ada di Kepala Puskesmas...maaf lho ya. Kalau Kepala Puskesmas dengan keahlian manajemennya dia, powernya....bisa dengan katakanlah dengan learning organization, misalnya setiap senin... belajar...ayo kita pecahkan masalah ini akan sangat menambah. Ini memang kompleks sekali masalahnya. Ada hubungan dengan beban kerja, waktu jam kerja dst. Padahal kalau kita lihat, di Puskesmas Madura sana jam 11 udah sepi pasien. Jadi kalau dianggap beban kerjanya berat ini khan hal yang aneh. Memang saling terkait.

- MD : Barangkali ada prediksi, mungkin motivasi rendah karena terkait dengan belakangnya...harusnya dia kerja dapat apa gitu...
- GT : Kalau saya punya pendapat lain. Saya kebetulan dulu jadi tim penilai, dari tahun ketahun itu yang bagus itu hanya bangunannya, tapi kalau pengetahuannya tetap, artinya tidak ada yang naik-naik. Mungkin faktornya saya kembalikan kedampaknya, memang pelaksanaannya tidak dilaksanakan sesuai dengan petunjuk yang seharusnya. Dan itu diiyakan. Contohnya adalah...agak menyimpang sedikit yaitu demam berdarah. Dimana itu ia seharusnya melakukan PSN tiap minggu, tapi ternyata tidak. Dan itu dibiarkan, walaupun laporanya 95%. Tapi ketika ditanya bagaimana melakukan PSN, jawabnya bisa salah. Karena kontrol untuk melakukan kegiatan sesuai petunjuk juga lemah. Saya curiga disini karena tidak ada mekanisme teguran, nilainya itu di *mark up*. Sehingga mereka selama ini hanya mengutamakan ketrampilan saja, tetapi faktor pengetahuan tidak. Yang kedua tidak ada sistim sekolah, tidak ada pre test post test, karena menganggap temannya.
- MD : Saya tadi mendengar kata markup, itu barangkali bisa dijelaskan, Misalnya begini apakah mereka tidak melakukan, tetapi itu dicatat dan dilaporkan. Tetapi karena dibiarkan saja, sehingga motivasi bekerja rendah
- GT : Ya, ada kecurigan seperti itu
- MD : Ada pendapat lain, silahkan
- FA : Sebenarnya begini bu, suatu organisasi itu sebenarnya kan harus ada komitmen bersama, dan berdasarkan komitmen bersama itu, kita bekerjasama agar tujuan kita tercapai. Pada kasus imunisasi misalnya, saya sebagai Kepala Puskesmas paling tidak kitapaham dulu tipe koordinator kita seperti apa, sehingga kita bisa menggunakan orang ini. Disamping itu tentunya kita latih bagaimana cara buat PWS dsb. Disamping itu kita juga perhatikan kebutuhan mereka, misalnya butuh sarung berikan sarung. Sehingga ada hubungan antar manusia, sehingga itu salah satu yang memotivasi mereka

- WN** : Saya selaku jurim Propinsi, dulu jurim melakukan pelayanan. Sekarang diarahkan kepada tata lakanan vaksin. Disini juga begitu. Ada seorang dokter berkata jurim itu bekerja tanpa berpikir, cuma anehnya kita ini pemikir yang tidak mau bekerja. Kalau diaspek pengetahuan, dipagu saya sebagai struktural saya setiap 3 bulan sekali harus refresh, Propinsi hanya bisa menjangkau sampai tk kabupaten. Diharapkan kabupaten yang bisa menganggarkan. Kecuali kalau ada dana khusus dari Pusat. Jadi intinya ada refresh bagi petugas yang telah dilatih, walaupun akan ada pelatihan harus sesuai dengan jumlah jam, dan ada pre dan post test, supaya kita tahu sejauh mana pengetahuan itu diterima. Tapi cuma masalahnya tiap Kabupaten berbeda cara pandangnya untuk mengadakan pelatihan, dan rupanya Pamekasan termasuk daerah yang sulit untuk dapat menggolkan.
- SW** : Seorang jurim harus mampu dan bisa, tapi ini tanggung jawab siapa. Kita khan gak punya uang. Ini tentunya khan tanggungjawab Dinas Kesehatan. Tentang markup bisa terjadi karena ketidakbiasaan mencatat langsung hasil pelayanan. Seringkali ditumpuk dulu, hingga pada saat gilirannya nanti membuat laporan, catatan hilang, mau minta bidan ternyata bidan juga tidak punya arsip. Akhirnya dilaporkan kira-kira.
- PR** : Saya ingin menjelaskan keterkaitan dari apa yang didiskusikan tadi
- FA** : Baik pak pri, memang itu semua benar, tapi yang lebih penting adanya stressing dari kepala Dinas Kesehatan akan program imunisasi. Selama ini Kadinkes tidak pernah memberikan strssing bila ada masalah, selesai membuka lalu kemudian diserahkan kepada Kasubdin. Ya walaupun Kasubdin adalah kepanjangan dari Kadnkes. Tanpa adanya evaluasi dari Kadinkes, ya Kapusk menganggap ya gak ada masalah, biasa saja hanya rutinitas.
- WN** : Untuk peningkatan pengetahuan, kuncinya ada pada Kepala Puskesmas. Tentunya kepala puskesmas harus interest dengan program imunisasi, dengan demikian dia bisa menularkan pada stafnya
- MD** : Oke kayaknya sudah banyak masukan untuk isu strategis 2, sekarang kita masuk untuk isu strategis no 3. Bagaimana Bapak, ibu?

- AM : karena keterbatasan tenaga, jadi mau gak mau ya kita bebankan juga pada jurim. Mau gimana lagi, bidan sendiri loadnya juga sudah banyak
- DW : Ditempat saya, alhamdulillah jurim saya walaupun pekarya jurim saya rajin, motivasinya cukup baik. Kalau kita lihat keluhannya, memang imunisasi itu berat sekali. Jadi ditempat saya jurim focus menangani 1 program. Itupun dia masih sering mengeluh, memang harus ada dukungan dari Kepala Puskesmas untuk menyelesaikan pekerjaanya. Jadi kembali kepada Kepala Puskesmas
- MD : Mungkin ada yang mau menambahkan?
- HN : Kalau pengalaman saya di Puskesmas Pademawu, berat ringanya rpekerjaan relatif, tergantung dari mental modelnya jurim. Walaupun dikasih beban ringan, namun jika mental modelnya jelek ya terasa berat. Memang intinya butuh support dari Kepala Puskesmas. Kepercayaan diri jurim harus ditingkat, utamanya bila berhadapan dengan bidan. Sebetulnya keberhasilan imunisasi ada pada bidan. Jadi kalau komunikasi bidan dan jurim jelek, maka akan lost
- SW : Mengenai dukungan linsek, selama Camat atau lainnya tidak ada melarang, ya kita jalan saja. Memang dukungan mereka kita perlukan tapai sebatas mana? Saya juga mau konfirmasi tentang tabel 5.20 tentang jumlah koordinator imunisasi yang punya beban kerja dengan yang hanya di imunisasi. Hati-hati di pembahasan
- MD : Oke, sudah banyak masukan untuk isu strategis 1.2.3. Mungkin nanti bu ayu bisa memilah mana yang menjadi penyebab. Baik kita masuk pada isu strategis no. 4. Seperti diawal tadi pak Bambang mengatakan, sebetulnya proyeksi data sasaran tidak tinggi. Barangkali bapak.ibu yang lain dapat memberikan masukan?
- SW : Ya memang kita perlu data riil. Dan itu perlu dana, masalahnya dananya dari mana? Kalau kita nyuruh kader yang paling gampang, paling tidak harus ada uang lelah. Selama ini bidan yang banyak berkorban. Kader paling baik diajak untuk bekerjasama. Pokoknya kader yang harus kita pegang

- WN : Saya ini paling benci mempermasalahkan data riil dan proyeksi ini, karena apa? Kalau kita bilang polio, ini polio rutin ya, bayi ini nggak kompak, Januari sampai desember, kan gitu. Dan katanya lagi kita ini juga dituntut harus mengukur seberapa jauh keberhasilan kita untuk melindungi polio. Kalau ada bidan D/S 80, berarti 80 yang hadir tapi yang 20 kemana? Saya nggak tahu. Saya lebih senang kalau dia bilang 60, yang 40 mendapat imunisasi ini, ini. Jadi filosofinya tolong anak diberi imunisasi lengkap. Jadi isu ini boleh-boleh saja dimasukkan tapi di Puskesmas tetap pakai proyeksi
- MD : Kemudian pada point yang ke 5, terkait dengan sarana. Yang bertanggungjawab disini seharusnya siapa?
- DW : Kabupaten
- AM : Indofarma
- SW : telfon PLN, tentang pengadaan menunggu dari Dinas, Saya menunggu
- AM : Sekarang ini sudah dialokasikan
- FA : Kalau saya gini, saya dapat alokasi untuk PWS. Jadi kalau PWS nggak dikerjakan itu berarti Kapusk kurang interest. Saya dapat aggaran PWS 4 kali, berhubung dana baru turun bulan Juli, 2 untuk PWS yang 2 lagi untuk pengandaan buku PWS, sehingga sarana sebelum bekerja sudah siap. Kalau ditempat saya sarana cukup, bahkan berlebih. Kalau listrik sering mati, ada kulkas yang pakai minyak tanah.
- MD : Jadi kalau sarana buku sangat tergantung dari Kabupaten?
- FA : Tidak, sebetulnya bisa dari Puskesmas sendiri
- WN : Makanya seperti yang saya bilang tadi, sangat tergantung dari Kepala Puskesmas.
- AM : Tahun ini sudah dianggarkan, sudah teken kontrak
- WN : Jadi untuk mengatasi kekurangan sarana, Kabupaten harus sharing dana. Mengenai sarana buku pencatatan, kalau memang Kabupaten masih perlu buku king, merah dan biru Propinsi akan mencatat
- MD : Untuk isu strategis yang no.6, tadi sudah disinggung memang perlu PMT ya. Kira-kira PMT memungkinkan?
- BE : PMT berupa snack saja

- HN : selain nggak adanya PMT, yang mempengaruhi sasaran tidak datang adalah faktor budaya. Jadi kembali lagi ke faktor pengetahuan tentang imunisasi. Faktor budaya sangat berperan bahwa ada anggapan nggak diimunisasi saja bisa jadi dokter, jadi peran mertua lebih dominan. Intervensi dengan penyuluhan
- SW : Harus ada uang untuk PMT
- GT : selain PMT mereka minta pengobatan
- MD : Kita beralih ke no 7, tadi bapak sudah mengatakan tadi yang penting nggak ada larangan berarti sudah mendukung, mungkin ada pendapat lain?
- DW : kalau ditempat saya, yang diperlukan adalah pamong untuk penggerakkan sasaran.
- WN : Dulu hasil PWS dibacakan oleh Camat, bukan kepala Puskesmas. Tapi sekarang nggak bisa, jadi kita harus buat inovasi-inovasi.
- SW : Yang penting kita pintar mengambil hati kader.
- MD : Oke kita beralih ke isu strategis no 8 dan 9, tadi sudah dikatakan mungkin koordinator imunisasi yang tidak membutuhkan. Atau tidak menyadari. Kemudian disisi yang lain Kepala Puskesmas sendiri kegiatan evaluasi jarang. Kita cari penyebabnya. Apa terkait sistem atau memang dari individu Kepala Puskesmas?
- AM : Sebenarnya mungkin saya yang paling sering Ke puskesmas tapi koordinator imunisasi tidk merasakan. Mungkin bisanya kalau dilakukan 4x dalam setahun berbarengan degan PWS
- MD : Itu yang dari Kabupaten, bagaimana dengan Kepala Puskesmas?
- SW : Saya tidak menutupi kalau saya juga banyak kurang. Mungkin mereka yang nggak menyadari. Kemudian kalau mereka mendengar ada petugas Kabupaten datang, mereka takut. Kalau ditangkap, bilang kenapa kok nggak bilang-bilang kalau mau datang.  
Tentang evaluasi, ba
- FA : Kenapa nggak seperti waktu PIN. Untuk rutin diharapkan dari tingkat II ada cek list tentang supervisi. Puskesmas butuh panduan untuk mengevaluasi

- WN : sebetulnya apa yang diinginkan pak Farid ada di 21 indikator, sebenarnya sudah ada dari dulu.
- MD : Kedepan diharapkan untuk evaluasi sudah lebih baik lagi karena sudah ada panduannya.
- GT : Sebenarnya di tingkat Puskesmas ada tidak pembahasan tentang hasil PWS?
- FA : ada pak
- GT : Berarti itu sudah termasuk bintek
- FA : Kalau ditingkat Kabupaten belum, belum pernah Kadinkes stressing tentang PWS imunisasi, selalu pak Maksum
- HN : Apa kasubdin bukan kepanjangan Kadinkes?
- FA : Saya rasa harusnya Kadinkes, kita bertanggungjawab sama Kadinkes
- WN : Barangkali yang lebih penting kemampuan Kadinkes akan program imunisasi
- MD : Jadi dengan kata lain Kadinkes bukan hanya simbol tapi dia juga harus paham tentang program sehingga bisa menekankan
- Oke kita langsung ke no.11, tentang buku sudah kita bahas, tapi tentang format bagaimana?
- FA : Bukan formatnya yang berubah tapi indikatornya
- MD : Oke kayaknya semua isu sudah dibahas, nantinya hasilnya dikirim ke Kabupaten, Propinsi bahkan Pusat
- SW : Memang perlu saya sampaikan tentang Kadinkes, ini antar kita saja. Memang perhatian Kadinkes terhadap program kurang
- MD : Oke ada tambahan lagi, barangkali demikian diskusi kita, semoga ada manfaat bagi kedua belah pihak. Assalamualaikum, Selamat sore.

**Keterangan :**

- |                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| MD : Moderator                     | FA : dr. Farid Anwar, MKes     |
| GT : Gito, SKM                     | HN : dr. Hendarto, MSi         |
| BE : Drs. Bambang WK, Mkes         | DW : dr. Dewi Koriati          |
| WN : Winantyo, SKM, Mkes           | P : Prof.Dr.dr S.Supriyanto,MS |
| SW : dr. Siswanto Pabidang, SH, MM | AM : Ali Maksum, Ssos          |