

REVIEW IMPLEMENTASI IMUNISASI DASAR LENGKAP YANG DILAKSANAKAN BIDAN DI KABUPATEN BANGKALAN TAHUN 2015

Review of Implementation of Complete Basic Immunization Performed by Midwives in Bangkalan District, 2015

Mugeni Sugiharto^{*}, Made Asri Budisuari

Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan

Naskah masuk 18 Januari 2017; review 27 Februari 17; disetujui terbit 30 Desember 2017

Abstract

Background: Immunization is a priority program stipulated by Ministry of Health and has been implemented since 1956 to reduce under five mortality rate. The immunization program has also been implemented in Bangkalan District but complete basic immunization coverage remains low and measles, tetanus and diphtheria still occur.

Objective: To review the implementation of complete basic immunization program conducted by midwife.

Method: The type of research used was descriptive cross sectional design conducted in 2015 in Bangkalan District. The number of informants was determined purposively by 24 midwives who had been trained in immunization program and 2 immunization program holders in 2 Public Health Center (PHC). Evaluation

Result: Basic immunization coverage in Bangkalan Regency remains low, infectious diseases (diphtheria and tetanus) are still causing infant death. Counseling has not been conducted on community/religious leaders. The less resource is found in vaccine carrier availability so turn taking is required. Midwives have commitment to do immunization. SOP has not been available, error is found in transporting vaccine and KIPi case

Conclusion: Midwives have implemented immunization and committed as executor but they role remains limited leading to still low immunization coverage. Counseling has not involved religious leaders/community leaders/cadres. There is lack of SOP and inadequate facilities and infrastructure. Mandatory immunization commitment in all infants, SOP preparation, facilities and infrastructure addition and midwife training along with refreshing are required.

Keywords: Implementation, Immunization, Coverage, Midwife, Disease

Abstrak

Latar belakang: Imunisasi merupakan program prioritas Kementerian Kesehatan dan diimplementasikan sejak 1956 untuk menurunkan angka kematian balita. Program imunisasi juga sudah diimplementasikan di Kabupaten Bangkalan, namun cakupan imunisasi dasar lengkap masih rendah dan masih terjadi penyakit campak, tetanus dan difteri.

Tujuan: diperoleh hasil review implementasi program imunisasi dasar lengkap yang dilaksanakan oleh bidan.

Metode: Jenis penelitian adalah diskriptif desain potong lintang yang dilaksanakan tahun 2015 di Kabupaten Bangkalan. Jumlah informan ditentukan secara purposive, 24 orang bidan yang sudah dilatih program imunisasi dan 2 orang pemegang program imunisasi di 2 puskesmas. Variabel Evaluasi implementasi mencakup komunikasi, sumber daya, disposisi dan birokrasi.

Hasil: Cakupan imunisasi dasar lengkap di Kabupaten Bangkalan masih rendah, masih terjadi penyakit menular (difteri dan tetanus) yang menyebabkan kematian bayi. Penyuluhan belum dilakukan pada tokoh masyarakat /agama. Sumber daya yang kurang adalah ketersediaan *vaccine carrier* sehingga harus bergantian. Bidan berkomitmen melaksanakan imunisasi. Belum ada SOP, ditemukan kesalahan membawa vaksin dan kasus KIPi.

Kesimpulan: Bidan sudah melaksanakan imunisasi dan berkomitmen sebagai pelaksana, namun belum maksimal sehingga cakupan imunisasi masih rendah. Penyuluhan belum melibatkan toga/toma/kader. Belum ada kelengkapan SOP, sarana dan prasarana yang memadai. Perlu komitmen wajib imunisasi semua bayi, penyusunan SOP, menambah sarana dan prasarana serta pelatihan bidan disertai refreshing.

Kata kunci: Implementasi, Imunisasi, Bidan, Cakupan, Penyakit

PENDAHULUAN

Program imunisasi merupakan program prioritas di Indonesia yang diimplementasikan dari pemerintah pusat hingga daerah. Hal ini sesuai dengan amanat Undang-undang (UU) nomor 36/2009 pasal 130, bahwa pemerintah pusat dan daerah wajib melaksanakan imunisasi pada bayi.¹ Pelaksanaan program imunisasi di Indonesia sejak tahun 1956 berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) nomor 1611/2005 yang diperbarui menjadi Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 42/2013 yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).²

Program imunisasi sudah diimplementasikan cukup lama, namun kejadian PD3I masih terjadi seperti kasus wabah polio tahun 2005-2006 yang menyebabkan 385 anak lumpuh permanen, wabah campak pada tahun 2009-2010 yang menyebabkan 5.818 anak dirawat di rumah sakit, dan 16 orang meninggal, wabah difteri tahun 2010-2011 menyebabkan 816 anak dirawat di rumah sakit, dan 56 orang meninggal dunia.³ Bahkan menurut *United Nations Children's Fund* (UNICEF) diantara 2.400 anak di Indonesia meninggal setiap hari adalah termasuk yang meninggal akibat dari penyakit menular yang seharusnya dapat dicegah dengan imunisasi.⁴

Timbulnya kasus PD3I tersebut, salah satu penyebab adalah rendahnya imunisasi dasar lengkap (IDL) di beberapa daerah, termasuk di Jawa Timur. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 Provinsi Jawa Timur baru mencapai 74,5 persen dan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) terendah adalah Kabupaten Bangkalan baru 4,7 persen dan Kabupaten Sumenep 28,5 persen, sedangkan bayi yang tidak diimunisasi di Kabupaten Bangkalan sebanyak 41,1 persen dan

Kabupaten Sumenep 40,1 persen.⁵ Kegagalan IDL tidak terlepas dari peran bidan desa sebagai pelaksana imunisasi di daerah, karena sudah diintegrasikan dalam tugas pokok.⁶ Pemerintah daerah berkontribusi terhadap keberhasilan program imunisasi pada khususnya dan penurunan angka kematian balita pada umumnya. Untuk meningkatkan cakupan IDL di Jawa Timur khususnya di Kabupaten Bangkalan diperlukan suatu review implementasi untuk mengetahui sejauh mana pelaksanaan program imunisasi di daerah. Review implementasi menurut *Georgia C. Edward* dalam *Subarsono*⁷ ada 4 variabel determinan yaitu (1) *Communication*; (2) *Resources*; (3) *Dispositions/attitude*; (4) *Bureucratic Structure*. *Subarsono* menyatakan bahwa bentuk kegiatan *Communication* dalam implementasi adalah sosialisasi/penyuluhan kepada sasaran. *Resources* meliputi sumber daya manusia, sarana dan finansial. sedangkan *Dispositions/attitude* menurut *Suharno* adalah komitmen pelaksana untuk melakukan kegiatan sesuai prosedur standart dan *Bureucratic Structure* yaitu struktur birokrasi dan ketersediaan *Standart Operasional Prosedur (SOP)*.⁸

Tujuan penulisan artikel ini adalah diperolehnya hasil review implementasi program IDL yang dilaksanakan oleh bidan desa, yang dibatasi pada pokok bahasan dari empat variabel implementasi. Artikel penelitian ini merupakan bagian dari hasil penelitian analisis implementasi dasar lengkap di Kabupaten Bangkalan.⁹

METODE

Jenis penelitian adalah diskriptif dengan rancangan potong lintang. Penelitian ini dilakukan tahun 2015 di Kabupaten Bangkalan sebagai kabupaten dengan pencapaian IDL terendah dan persentase tertinggi untuk bayi yang tidak diimunisasi.⁵

* Corresponding author
(Email: mugeni_p3skk@yahoo.com)

Data dikumpulkan secara kuantitatif, akan tetapi untuk menggali informasi lebih mendalam, maka dilakukan *indepth interview*. Ada 2 jenis informan dalam penelitian ini yaitu; 1) Penanggung jawab program imunisasi di puskesmas yang berfungsi untuk memberikan data sekunder yang dapat mendukung penelitian kebijakan ini. Data sekunder tahun 2013 dan 2014 yang diambil dari laporan tahunan IDL dari petugas imunisasi puskesmas dan kasus PD3I; 2) Bidan desa sebagai pelaksana imunisasi. Pemilihan informan ditentukan secara purposif yaitu setiap puskesmas terdiri atas 1 informan pemegang program imunisasi, karena setiap puskesmas hanya ada 1 orang dan 12 bidan desa yang mewakili setiap desa 1 orang. Jumlah puskesmas yang dilibatkan dalam penelitian ini sebanyak 2 buah yaitu Puskesmas K dan Puskesmas B yang didasarkan pada pertimbangan kemudahan akses, bukan daerah bahaya, mempunyai laporan imunisasi yang bagus dan salah satu cakupan IDL tertinggi dan terendah.

Pada studi kuantitatif, instrumen penelitian review implementasi program imunisasi didasarkan teori implementasi oleh *Georgia C. Edward* yaitu *communication* (komunikasi), *resource* (sumber daya), *disposition* (disposisi/komitmen) dan *bureaucratic structure* (struktur birokrasi). Adapun informan untuk masing-masing variabel tersebut adalah sebagai berikut:

- Variabel komunikasi terdapat 7 pertanyaan terkait kegiatan penyuluhan kepada ibu hamil/ibu bayi, suami, kader kesehatan, ibu PKK kelurahan/desa, tokoh agama, tokoh masyarakat dan penggunaan media penyuluhan.
- Variabel sumber daya, responden diminta menjawab 8 pertanyaan seputar peningkatan kompetensi, pelatihan, syarat pendidikan, sarana vaksin, standart operasional prosedur, Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) *kit* dan penggunaan *safety box*.
- Variabel disposisi/komitmen terdapat 6 pertanyaan seputar komitmen mendukung penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I), update kebijakan terbaru, komitmen capai cakupan,

melaksanakan SOP, memberikan informasi pada sasaran tentang manfaat dan dampak imunisasi dan terakhir terkait mengatasi kasus KIPI.

- Variabel birokrasi, responden diminta menjawab 9 pertanyaan, diantaranya terkait ketersediaan struktur birokrasi, kemanfaatan birokrasi, model birokrasi, SOP, pemahaman SOP, model SOP fragmentis, koordinasi dengan toga/toma, dan koordinasi dengan aparat desa untuk menanggulangi KIPI.

Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terukur yang di buat dalam bentuk pertanyaan metode *likert*, dengan pilihan jawaban: Sangat tidak setuju (STS), Tidak setuju (TS), Ragu-ragu (R), Setuju (S), Sangat Setuju (SS). Hasilnya dikomposit menjadi 2 klasifikasi yaitu klasifikasi “kurang” adalah STS+TS+R dan klasifikasi “baik” adalah S+SS. Setiap variabel tersebut dianalisis secara diskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel sesuai jawaban responden atas pertanyaan yang disediakan.

Pengumpulan data melalui *in-depth* dilakukan dengan cara wawancara kepada seorang informan yang mengetahui kasus permasalahan yang dipandang penting oleh peneliti. Jawaban yang disampaikan informan sebagai hasil *in-depth* dinarasikan lalu dianalisis kesesuaian narasi yang disampaikan dengan kasus yang terjadi.

Penelitian ini mendapat persetujuan etik (*ethical approval*) dari Komisi Etik dari Badan Litbangkes Nomor LB.02.01./5.2/KE.424./2015.

HASIL

Data yang diperoleh bersumber dari data primer (wawancara langsung) dan data sekunder dari laporan rutin berdasarkan kegiatan surveilans. Tabel 1 berikut menyajikan hasil data sekunder tentang cakupan imunisasi dasar lengkap tahun 2013 dan 2014 di puskesmas X dan Y. Cakupan IDL tahun 2013 berkisar 96-99 persen belum mencapai 100 persen. Artinya terdapat 1-4 persen di Puskesmas Y yang tidak memperoleh imunisasi dasar lengkap.

Sementara di Puskesmas X sebanyak 1 persen atau 8 bayi yang tidak memperoleh imunisasi dasar lengkap. Akan tetapi tahun 2014 Puskesmas X dan Y sudah melebihi 100

persen, namun untuk Puskesmas Kamal ada bayi laki-laki yang tidak diimunisasi atau tidak memperoleh imunisasi dasar lengkap.

Tabel 1. Data cakupan imunisasi dasar lengkap, 2013 -2014

Tahun	Puskesmas	Jumlah sasaran <i>surviving infant</i>			Realisasi			IDL (%)	Keterangan cakupan IDL	
		L	P	Total	L	P	Total			
2013	Puskesmas K	10	417	408	825	409	408	817	99,0	Tercapai, tetapi <100%
	Puskesmas B	13	668	654	1.322	629	636	1.265	96,0	
2014	Puskesmas K	10	429	418	804	428	419	847	105,3	Tercapai, melebihi 100%
	Puskesmas B	13	652	637	1.289	676	661	1.337	103,7	

Sumber : Data Surveilans Dinas Kesehatan, 2013-2014

Adanya bayi yang tidak memperoleh imunisasi dasar lengkap, tetap menjadi risiko terjadinya penyakit IPD3 di wilayah itu, seperti campak, difteri, dan lainnya tergantung imunisasi mana yang dia tidak lengkap memperolehnya. Hal ini sejalan dengan terjadinya kasus PD3I di Kabupaten Bangkalan berdasarkan laporan surveilans Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan masih cukup tinggi yaitu tahun 2013 terdapat 76 kasus difteri dengan kematian 4 orang (5,3%) dan pada tahun 2014 terdapat 11 kasus dengan kematian 1 orang (9,09%). Kasus tetanus neonetorum (TN) tahun 2011 kematian 1 orang dari 3 kasus TN, sebanyak 10 kasus TN tanpa kematian di tahun 2013 dan tahun 2014 sebanyak 4 bayi meninggal dari 9 kasus TN. Data ini diperoleh melalui informan pemegang program dengan latar belakang pendidikan minimal D3 keperawatan. Informan yang menjawab kuesioner adalah bidan desa sebanyak 24 orang, dengan karakteristik pendidikan dan umur informan disajikan pada Tabel 2.

Informan dengan latar belakang pendidikan D4 kebidanan 58 persen dan D3 kebidanan sebanyak 42 persen. Adapun karakteristik umur informan bervariasi yaitu umur 21-29 tahun sebanyak 21 persen, umur 30-<40 th sebanyak 46 persen, umur 40-<50 th adalah 13 persen dan umur 15 ke atas 21 persen.

Tabel 2. Distribusi persentase informan menurut karakteristik latar belakang pendidikan dan umur

Karakteristik	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pendidikan		
D3 Kebidanan	14	58,3
D4 Kebidanan (S1)	10	41,7
Umur (tahun)		
21-29	5	20,8
30-39	11	45,8
40-49	3	12,5
50+	5	20,8

Lebih lanjut, informan pemegang program imunisasi menjelaskan alasan cakupan IDL di wilayah Puskesmas tersebut rendah adalah sebagai berikut:

"Rendahnya cakupan IDL disebabkan oleh (1) Minat masyarakat untuk datang ke posyandu semakin rendah, dikarenakan kesibukan, tidak tahu tempat dan jadwal posyandu; (2) Masyarakat, khususnya ayah dan kakek/ nenek bayi menolak diimunisasi dengan alasan takut efek samping pemberian imunisasi, terutama takut anaknya menjadi panas dan rewel; (3) Masih adanya kelompok kecil masyarakat yang menolak program imunisasi dengan anggapan vaksin

berasal dari barang haram; (4) Peran mitra dan tokoh agama / tokoh masyarakat belum optimal dalam menggerakkan masyarakat, karena kurang pengetahuan tentang imunisasi; (5) Peran serta masyarakat ke pelayanan imunisasi masih rendah, padahal ini penting untuk upaya preventif membangun kekebalan populasi. (BS, 45 tahun)

Variabel Komunikasi

Variabel komunikasi dalam implementasi pertama, disajikan pada tabel 2. Kegiatan komunikasi salah satunya adalah penyuluhan/sosialisasi. Penyuluhan memiliki peran utama dalam variabel implementasi untuk mencapai keberhasilan program termasuk imunisasi.

Untuk menunjang kegiatan sosialisasi program imunisasi hingga ke posyandu, menurut penanggung jawab imunisasi Puskesmas:

"Petugas imunisasi Puskesmas menggunakan Buku pedoman pelaksanaan imunisasi, media penyuluhan imunisasi lainnya seperti poster maupun leaflet yang di peroleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten. Puskesmas juga mendistribusikan buku dan media penyuluhan tersebut ke posyandu-posyandu. Poster imunisasi di puskesmas dipajang di ruang tunggu pasien," (Y, 37 tahun)

Variabel komunikasi tentang penyuluhan yang ditanyakan kepada responden yang diinyatakan dalam kriteria kurang dan baik. Hasil wawancara disajikan pada Tabel 3 berikut.

Tabel 3. Kegiatan penyuluhan/sosialisasi

No	Pertanyaan	Kurang		Baik		Total Bidan	
		n	%	n	%	N	%
1	Penyuluhan imunisasi pada ibu hamil/ibu bayi	2	8,3	22	91,7	24	100,0
2	Penyuluhan imunisasi pada keluarga sasaran (suami)	9	37,5	15	62,5	24	100,0
3	Penyuluhan imunisasi kepada kader kesehatan	0	0	24	100	24	100,0
4	Penyuluhan imunisasi pada ibu PKK kelurahan/desa;	8	33,3	16	66,7	24	100,0
5	Menggunakan media penyuluhan (poster, slide)	10	41,7	14	58,3	24	100,0
6	Penyuluhan berbahasa yang sesuai di masyarakat	1	4,2	23	95,8	24	100,0
7	Penyuluhan imunisasi pada toga, toma aparat desa	21	87,5	3	12,5	24	100,0

Sumber data: Data Primer, 2015

Sebanyak 24 informan yang diwawancara terkait penyuluhan dengan pertanyaan "Penyuluhan imunisasi pada ibu hamil /ibu bayi", sebanyak 8 persen informan memperoleh nilai kurang (tidak setuju) jika penyuluhan dilakukan pada ibu hamil dan ibu bayi, tetapi sebanyak 92 persen yang memperoleh nilai baik (setuju). Pertanyaan tentang, "Penyuluhan imunisasi pada keluarga sasaran (suami)," sebanyak 38 persen informan memperoleh nilai kurang (tidak setuju) dan sebanyak 63 persen yang memperoleh nilai baik (setuju). Pada pertanyaan "Penyuluhan imunisasi kepada

kader kesehatan," semua informan 100 persen setuju. Sedangkan untuk pertanyaan," Penyuluhan imunisasi pada ibu PKK kelurahan/desa," sebanyak 33 persen informan memperoleh nilai kurang (tidak setuju) dan sebanyak 67 persen informan memperoleh nilai baik (setuju). Penyuluhan menggunakan media seperti poster,slide, sebanyak 42 persen informan memperoleh nilai kurang (tidak setuju) dan sebanyak 58 persen informan memperoleh nilai baik (setuju). Selanjutnya penyuluhan menggunakan bahasa lokal, menurut 4 persen informan tidak setuju dan sebanyak 96 persen

memperoleh nilai baik (setuju), sedangkan untuk penyuluhan dilakukan terhadap toga, toma dan aparat desa sebanyak 88 persen informan memperoleh nilai kurang atau tidak setuju dan sebanyak 13 persen.

Untuk mengetahui alasan tidak setuju penyuluhan pada sasaran ibu hamil, ibu bayi, kader kesehatan, ibu PKK, toga/toma, dilakuka *indepth interview*, pendapat informan (bidan), bahwa:

“Penyuluhan tidak dilakukan secara sistematis, seperti dalam forum khusus seperti melakukan ceramah/diskusi, akan tetapi hanya mengingatkan setiap ibu hamil yang periksa untuk imunisasi, agar bayinya sehat. Sosialisasi juga tidak dilakukan pada suami ibi hamil, tokoh masyarakat/ tokoh agama, karena penyuluhan tupoksinya promkes, kami hanya melaksanakan imunisasi dan membagikan poster ke posyandu. Khusus toga dan toma tidak berperan langsung dalam kegiatan imunisasi, sehingga tidak perlu di suluh, akan tetapi mereka tahu kegiatan posyandu dan meminjamkan mikropon masjid untuk pengeras suara memanggil ibu-ibu balita dan ibu hamil untuk datang ke posyandu”. (S, 30 tahun)

Sebaliknya alasan informan setuju memberikan penyuluhan pada ibu hamil, ibu bayi, kader kesehatan, ibu PKK, toga/toma adalah :

“Penyuluhan penting di berikan pada ibu hamil dan ibu balita, agar mereka tambah pengetahuan dan faham pentingnya imunisasi bagi kesehatan bayi, sedangkan pada kader tetap diberikan penyuluhan sesuai perkembangan informasi terbaru kegiatan posyandu dan imunisasi. Pada keluarga (suami/orang tua ibu atau bapak) penting diberikan penyuluhan imunisasi, karena mereka memiliki kekuatan didalam keluarga

untuk mengambil keputusan diimunisasi atau tidak pada istrinya atau bayinya”. (M, 40 tahun)

Variabel sumber daya

Variabel implementasi ke 2 adalah sumber daya. Sumber daya yang melaksanakan imunisasi di puskesmas terbagi 2 jenis yaitu (1) pemegang program imunisasi dan penanggung jawab *cold chain* (yang bertanggung jawab terhadap perencanaan kebutuhan dan pendistribusian vaksin, pelaporan dan pengamanan vaksin di puskesmas), (2) bidan desa sebagai pelaksana yang melakukan pelayanan vaksin kepada sasaran.

Sarana yang tersedia di puskesmas terkait pelaksanaan imunisasi adalah kulkas, buku laporan imunisasi dan buku laporan penggunaan vaksin, alat pengukur suhu, *vaccine carrier*, *safety box*, dan alat pengukur waktu.

Variabel sumber daya dalam riset ini dibagi 2 kelompok pertanyaan yaitu peningkatan sumber daya manusia (*capacity building*) dan sumber daya sarana imunisasi. Bidan desa diminta untuk menjawab pertanyaan terkait sumber daya manusia dan sarana, sesuai pengalaman dalam melaksanakan pelayanan imunisasi.

Hasil jawaban informan atas pertanyaan itu disajikan pada Tabel 4 di bawah. Pada empat pertanyaan nomor 1, 2, 4 dan 5 menunjukkan hasil yang sama yaitu, masing-masing 96 persen responden setuju dan 42 persen kurang setuju. Sedangkan pada pertanyaan nomor 3, 6, 7 dan 8 masing-masing menunjukkan hasil yang sama yaitu 100 persen responden setuju untuk “Pentingnya memahami kebijakan pusat yang *update*”, “Pelayanan imunisasi selalu berpedoman SOP”, “Membawa perlengkapan KIPi kit setiap pelayanan imunisasi, untuk mengantisipasi kejadian ikutan pasca imunisasi terhadap jenis vaksin tertentu” dan “Membawa *safety box* setiap pelayanan imunisasi, sebagai upaya mencegah limbah pasca imunisasi yang sangat berbahaya bagi anak-anak” sebanyak 100 persen responden menyatakan setuju.

Tabel 4. Pendapat Bidan Terkait Sumber Daya Manusia dan Saran Imunisasi

No	Pertanyaan	Kurang		Baik		Total Bidan	
		n	%	n	%	N	%
1	Peningkatan kompetensi imunisasi, melalui pelatihan	1	4,2	23	95,8	24	100
2	Pelatihan/ seminar/ sekali dalam 5 tahun untuk merepleksi pelaksanaan program imunisasi dan mengaktifasi ilmu baru/ kebijakan baru terkait pelaksanaan imunisasi terkini.	1	4,2	23	95,8	24	100
3	Meski tinggal di desa, bidan desa perlu memahami kebijakan imunisasi pusat, agar memiliki pemahaman yang sama dalam mengimplementasikan program imunisasi.	0	-	24	100,0	24	100
4	Pendidikan bidan didesa cukup D3 saja, karena kalau sudah S1 selalu ingin pindah tugas ke kota	1	4,2	23	95,8	24	100
5	Perlu membawa <i>vaccine carrier</i> setiap pelayanan, untuk mencegah kerusakan vaksin	1	4,2	23	95,8	24	100
6	Pelayanan imunisasi selalu berpedoman SOP	0	-	24	100,0	24	100
7	Membawa perlengkapan KIPi kit setiap pelayanan imunisasi, untuk mengantisipasi KIPi terhadap jenis vaksin tertentu.	0	-	24	100,0	24	100
8	Membawa <i>safety box</i> setiap pelayanan imunisasi, sebagai upaya mencegah limbah pasca imunisasi yang sangat berbahaya bagi anak-anak.	0	-	24	100,0	24	100

Sumber data : Data Primer, 2015

Untuk mendalami informan yang tidak setuju terhadap peningkatan kompetensi melalui kegiatan pelatihan dan pelatihan 5 tahun sekali, membawa *vaccine carrier* saat memberikan pelayanan imunisasi, dan batas pendidikan bidan cukup D3 saja untuk bekerja di desa, kami melakukan *in depth* terhadap informan tersebut. Pendapat informan, bahwa :

“Sebenarnya setuju pelatihan, tetapi pelatihnya diadakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten bukan dari pelatih puskesmas, agar ilmu yang diperoleh utuh sesuai sumbernya tidak ada distorsi/fragmentasi”, sekaligus refreshing karena tugas sudah didesa, jadi perlu juga sekali-kali ke luar kota. Untuk vaccine carrier “Setuju jika harus membawa vaccine carrier setiap pelayanan imunisasi, tetapi jumlah vaccine carrier tidak sesuai jumlah bidan yang ada disini, sehingga penggunaannya harus bergantian. Kendalanya adalah jika bidan tidak mengembalikan vaccine carrier ke puskesmas, maka bidan berikutnya

terpaksa menggunakan termos rumah tangga, sebagai pengganti vaccine carrier. Jika sudah begini, maka keamanan vaksin pun diragukan keaktifannya. Untuk pendidikan tidak harus D3, jika bisa sekolah ke jenjang lebih tinggi S1 ya gak papa” (R, 21 tahun)

Ternyata semua bidan setuju yang disampaikan informan tersebut. Bidan setuju jika pelatihan imunisasi dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten atau provinsi sekaligus sebagai wahana *refreshing*.

Menurut informan pengelola program imunisasi di puskesmas terhadap pelaksanaan pelatihan imunisasi selama ini dilakukan di Puskesmas dan ketersediaan *vaccine carrier* adalah :

“Pelatihan imunisasi selama ini sifatnya berjenjang yaitu pemegang program imunisasi Dinkes Provinsi melatih pemegang program imunisasi Dinkes Kabupaten/Kota, dan pemegang program imunisasi Dinkes Kabupaten/Kota yang sudah dilatih

berkewajiban melatih petugas imunisasi seluruh puskesmas. Selanjutnya petugas imunisasi puskesmas yang sudah dilatih diwajibkan memberikan pelatihan kepada bidan desa. Terkait ketersediaan vaccine carrier saat ini jumlah belum cukup, sehingga harus bergantian dan untuk mengantisipasi itu puskesmas sudah mengatur jadwal buka posyandu setiap bulan untuk masing-masing bidan". (Y, 37 tahun)

Variabel disposisi/komitmen

Variabel implementasi ke 3 adalah disposisi. Pertanyaan disposisi dalam riset ini difokuskan pada sikap komitmen bidan desa dalam pelaksanaan imunisasi yang sudah dilakukan. Berikut ini adalah hasil jawaban tentang sikap komitmen bidan desa dalam melaksanakan imunisasi di wilayahnya :

Tabel 5. Pendapat Bidan Terkait Disposisi/Komitmen

No	Pertanyaan	Kurang		Baik		Total Bidan	
		n	%	n	%	N	%
1	Sikap untuk berkomitmen mendukung imunisasi, dalam mencegah PD3I diwilayah kerja masing-masing.	0	-	24	100,0	24	100
2	Sikap untuk berkomitmen selalu update kebijakan imunisasi terbaru (permenkes/ peraturan daerah/ kebijakan Dinkes)	0	-	24	100,0	24	100
3	Sikap untuk berkomitmen mencapai target cakupan IDL setiap tahun.	0	-	24	100,0	24	100
4	Sikap untuk berkomitmen melaksanakan pelayanan imunisasi sesuai SOP yang sudah disepakati	0	-	24	100,0	24	100
5	Sikap untuk berkomitmen memberikan informasi pada sasaran terkait imunisasi baik manfaat maupun dampak imunisasi dari vaksin tertentu seperti vaksin tetanus yang dapat menyebabkan panas	4	16.7	20	83.3	24	100
6	Sikap berkomitmen mengatasi kasus KIPI jika terjadi pada sasaran	0	-	24	100	24	100

Sumber data : Data Primer, 2015

Semua bidan mendukung (setuju bahkan sangat setuju) terhadap komitmen pelayanan imunisasi sesuai pertanyaan disposisi diatas, namun terdapat 17 persen bidan masih tidak setuju untuk memberikan informasi pada sasaran terkait imunisasi baik manfaat maupun dampak imunisasi dari vaksin tertentu. Padahal menurut Permenkes nomor 1626/2005 tentang Pedoman Pemantauan dan Penanggulangan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI), informasi seperti itu perlu di sampaikan kepada sasaran, agar sasaran dapat memahami manfaat dan dampak imunisasi serta mencegah KIPI. Alasan yang disampaikan informan yang tidak setuju untuk memberikan informasi pada sasaran imunisasi adalah sebagai berikut:

"Alasan kami tidak memberikan informasi pada sasaran adalah karena bukan tupoksi bidan yang memberikan informasi imunisasi seperti itu,tetapi di puskesmas sudah ada tupoksi penyuluhan oleh petugas pemegang promkes puskesmas,".(R, 21 tahun)

Informan penanggung jawab program imunisasi Puskesmas membenarkan hal itu dan menurutnya, bahwa:

"Untuk penyuluhan imunisasi di lakukan oleh petugas promosi kesehatan puskesmas, tetapi bisa juga kegiatan promokes melibatkan petugas imunisasi untuk memberikan penyuluhan di desa-desa terkait

imunisasi dan program puskesmas lainnya". (BS, 45 tahun)

Semua bidan berkomitmen mendukung pelayanan imunisasi, sebagai program prioritas. Namun jawaban itu berbeda dengan hasil cakupan IDL pun masih rendah. Jika bidan berkomitmen menjadikan imunisasi sebagai program prioritas, maka harusnya cakupan IDL terpenuhi. Alasan adanya kesenjangan antara komitmen dengan rendahnya cakupan IDL, menurut informan :

"Kita komitmen melaksanakan imunisasi, tetapi tugas pokok kami bidan adalah kesehatan keluarga (KIA/KB) dan pemantauan tumbuh kembang bayi. Meskipun kami tahu imunisasi sudah diintegrasikan pada tugas bidan, tetapi tugas pokok yang rutin saja kami rasa sudah cukup berat. Seharusnya tetap perlu ada juru imunisasi yang melaksanakan imunisasi bekerjasama dengan bidan desa, karena laporan imunisasi juga cukup berat, belum lagi permasalahan di masyarakat yang menolak diimunisasi. Belum lagi kasus KIPI yang sampai mengancam nyawa kami, seperti yang sudah pernah terjadi" (M, 40 tahun)

Menurut informan penanggung jawab program imunisasi Puskesmas:

"Pekerjaan imunisasi cukup banyak dan berat, khususnya mengejar target cakupan (sweeping) dan pelaporan serta perencanaan. Jika dikerjakan bidan memang berat, oleh karena itu perlu petugas imunisasi khusus yang bekerja sama dengan bidan desa untuk melaksanakan pelayanan imunisasi pada masyarakat," (Y, 37 tahun)

Variabel struktur birokrasi

Variabel implementasi ke empat adalah struktur birokrasi. Koordinasi dilakukan berdasarkan kebiasaan, karena struktur birokrasi khusus imunisasi tidak ada. Selain

tidak ada bagan struktur birokrasi, juga tidak ada SOP khusus imunisasi yang dibuat puskesmas, tetapi hanya mengacu pada SOP dari pusat (Kementerian Kesehatan). Secara normative mereka menjawab setuju adanya struktur birokrasi dan SOP khusus imunisasi. Mereka setuju adanya koordinasi dengan toga/toma dan aparat desa, khususnya kasus KIPI, meskipun jarang dilakukan. Pada variabel ini terdapat 9 pertanyaan dan berikut pendapat informan sesuai pengalaman dalam menjawab ke 9 pertanyaan yang disajikan pada Tabel 6. Pada pertanyaan nomor 4, 5, 6 dan 7 semua responden (100%) menyatakan setuju, sedangkan 5 pertanyaan lainnya 96 persen responden menyatakan setuju dan 4 persen tidak setuju.

Salah seorang bidan memberikan alasan tidak setuju terhadap adanya bagan struktur birokrasi, manfaat birokrasi dan model birokrasi sebagai berikut :

"Kami tidak mengetahui adanya struktur organisasi secara tertulis, apalagi untuk memudahkan koordinasi, tetapi seharusnya ada. Terkait SOP hanya ada di puskesmas SOP dari Kemenkes dan belum dibuat sendiri. Jadi struktur birokrasi itu penting ada dan SOP sesuai situasional lokal juga perlu, supaya mudah diikuti". (S, 40 tahun)

Sebaliknya, menurut informan puskesmas, bahwa:

"Selama ini tidak ada struktur birokrasi, jadi pelayanan imunisasi berdasarkan kemudahan. Setiap hal terkait kebutuhan imunisasi (vaksin dan lain-lain) dan permasalahan pelayanan imunisasi dilapangan seperti KIPI dan lain-lain, maka bidan desa dapat langsung mengontak petugas imunisasi puskesmas atau langsung mendatangi petugas imunisasi di puskesmas. Surat menyurat dan laporan terkait imunisasi diserahkan ke bagian tata usaha puskesmas sebelum ke petugas imunisasi puskesmas," (Y, 37 tahun)

Tabel 6. Pendapat Bidan Terkait Struktur Birokrasi

No	Pertanyaan	Kurang		Baik		Total Bidan	
		n	%	n	%	N	%
1	Bagan struktur birokrasi khusus pelaksanaan imunisasi diperlukan untuk mempermudah jalur koordinasi.	1	4,2	23	95,8	24	100
2	Manfaat struktur birokrasi tersebut akan dapat mempermudah pelaksanaan pelayanan imunisasi	1	4,2	23	95,8	24	100
3	Model birokrasi yang panjang, menyulitkan koordinasi dan mengganggu kenyamanan kerja pelaksana lapangan imunisasi.	1	4,2	23	95,8	24	100
4	Adanya SOP pelaksanaan imunisasi membantu memperjelas model birokrasi dan pelayanan imunisasi pada sasaran	0	-	24	100,0	24	100
5	Tidak semua bidan faham SOP imunisasi, sehingga SOP seperti itu wajib dikomunikasikan/ disosialisasikan dengan bidan	0	-	24	100,0	24	100
6	Model SOP yang fragmatis, dapat menghambat kegiatan.	1	4,2	23	95,8	24	100
7	Perlunya bidan berkoordinasi dengan kader kesehatan di wilayah kerjanya dalam meningkatkan cakupan IDL	0	-	24	100,0	24	100
8	Bidan tetap perlu berkoordinasi dengan kepala desa/ toga/toma dalam pelaksanaan program imunisasi di wilayah kerjanya, agar memperoleh dukungan.	0	-	24	100,0	24	100
9	Bagan struktur birokrasi khusus pelaksanaan imunisasi diperlukan untuk mempermudah jalur koordinasi.	1	4,2	23	95,8	24	100

Sumber data : Data Primer, 2015

PEMBAHASAN

Pelayanan pemberian imunisasi merupakan bagian dari tugas fasilitas kesehatan khususnya Di Kabupaten Bangkalan terutama pada Puskesmas K dan B, di mana setiap puskesmas terdapat 1 petugas program imunisasi berpendidikan D3 keperawatan yang bertugas sebagai penyelenggara imunisasi di wilayah kerja puskesmas. Petugas penyelenggara imunisasi antara lain bertugas untuk melakukan perencanaan kebutuhan vaksin imunisasi rutin, imunisasi tambahan dan imunisasi khusus dan mengambil vaksin di Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan dan mendistribusikan vaksin tersebut ke bidan desa, membuat laporan pemakaian vaksin, mendistribusikan media penyuluhan imunisasi pada setiap bidan desa dan memberikan pelatihan pelayanan imunisasi pada semua bidan desa di Puskesmas. Hal ini sesuai dengan

pedoman penyelenggaraan imunisasi dalam Permenkes No 42/2013.² Penyelenggara imunisasi bertugas untuk menyelenggarakan serangkaian kegiatan perencanaan, pelaksanaan termasuk pendistribusian vaksin dan pemenuhan ketersediaan sarana dan prasarana imunisasi, monitoring dan evaluasi kegiatan imunisasi.

Informan yang berasal dari bidan desa adalah 24 orang. Sebanyak 42 persen berpendidikan D3 kebidanan dan 58 persen telah berpendidikan D4 kebidanan. Pelaksana imunisasi di puskesmas B dan K semuanya adalah bidan, hal ini sesuai dengan persyaratan pelaksana pemberi vaksin menurut Permenkes nomor 42/2013 pasal 27 dan Permenkes 1464/2010 pasal 11.^{2,10} Hasil penelitian Universitas Airlangga, Dinas Kesehatan Prov Jawa Timur dan UNICEF bidan sebagai penanggung jawab wilayah berkewajiban melaksanakan imunisasi dan

menyampaikan penyuluhan manfaat imunisasi kepada masyarakat dalam musyawarah masyarakat desa (MMD), meminta tokoh agama (toga) memfasilitasi ceramah imunisasi, melakukan kunjungan rumah.¹¹

Laporan puskesmas untuk cakupan IDL dalam 2 tahun terakhir (2013 dan 2014) cukup bagus yaitu cakupan IDL tahun 2013 mencapai 96-99 persen dan sebanyak 103,7-105,3 persen pada tahun 2014. Capaian IDL yang menunjukkan angka lebih dari 100 persen, disebabkan oleh angka target yang ditetapkan pada awal tahun atau tahun sebelumnya, lebih kecil dari angka realisasi. Data sekunder yang dikumpulkan menunjukkan bahwa meskipun cakupan IDL tinggi, tetapi masih terjadi kasus PD3I seperti difteri di Kabupaten Bangkalan, 4 orang bayi meninggal dari 34 kasus yang ada dan kasus tetanus tahun 2013 sebanyak 10 kasus dan 4 bayi meninggal dari 9 kasus di tahun 2014.¹² Hal ini tidak sesuai harapan yang menyatakan semakin tinggi cakupan IDL, akan semakin rendah kasus PD3I atau bahkan tidak terjadi PD3I lagi. Bila dibandingkan dengan laporan Riskesdas 2013 ternyata Kabupaten Bangkalan masih terdapat bayi yang tidak lengkap IDL dan bayi tidak diimunisasi, sehingga kasus PD3I masih ditemukan disana sepanjang tahun. Begitu pula dengan hasil penelitian kerja sama Unair, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan UNICEF, di Bangkalan menyatakan adanya bayi yang tidak diimunisasi dasar lengkap (IDL) disebabkan oleh minat masyarakat sasaran masih rendah ke posyandu dan adanya *missed opportunity* atau *hilangnya kesempatan* yang disebabkan kegiatan screening pada sasaran belum optimal dilaksanakan bidan.¹¹ Perbedaan antara data hasil laporan rutin dan hasil Riskesdas bisa dijelaskan bahwa data rutin didasarkan pada estimasi data sasaran dan realisasi didasarkan pada layanan yang diberikan kepada bayi. Riskesdas merupakan salah satu bentuk survei kesehatan rumah tangga yang merupakan komplemen dari data rutin.¹³ Data survei dimanfaatkan sebagai wahana evaluasi data rutin.

Evaluasi implementasi berdasar 4 variabel pada tabel 3 tentang komunikasi, seperti kegiatan penyuluhan pada sasaran (ibu hamil,

pada suami ibu hamil/ masyarakat, toga/toma), menunjukkan masih ada bidan desa yang tidak setuju kalau mereka yang melakukannya, karena bukan tupoksinya bidan, tetapi bidan hanya mengingatkan ibu hamil/ibu bayi untuk melakukan imunisasi dasar lengkap pada bayinya. Pemahaman seperti ini bertentangan dengan pedoman pelaksanaan imunisasi menurut Permenkes nomor 42/2013,² karena bidan desa adalah termasuk jajaran pemerintah dan sebagai pelaksana imunisasi yang sudah diintegrasikan ke dalam tupoksi bidan, maka bidan wajib mensosialisasikan imunisasi semaksimal mungkin pada sasaran masyarakat. Menurut Palupi dalam tesisnya yang memberi saran bahwa untuk meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan, maka bidan perlu memberikan pendidikan kesehatan (penyuluhan kesehatan) tentang pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi.¹² Perlu adanya sinergi antara tupoksi bidan dan tupoksi petugas promosi kesehatan puskesmas, sehingga perlu dilakukan koordinasi supaya kegiatan sosialisasi imunisasi dapat dilakukan bidan desa, mengingat posisi bidan sangat dekat dengan kelompok sasaran.

Masyarakat kelompok sasaran imunisasi merupakan bagian dari elemen kebijakan (*use/pengguna*) yang turut menentukan keberhasilan implementasi program, sehingga masyarakat perlu mendapatkan penyuluhan yang benar tentang imunisasi. Semua sasaran di wilayah kerja wajib memperoleh imunisasi dasar lengkap dan tidak boleh ada yang tidak diimunisasi meskipun hanya 1 orang, karena hal itu akan dapat menjadi risiko tertular PD3I dan menjadi penyebab penularan kepada manusia berikutnya. Bidan wilayah/bidan desa mempunyai tugas sebagai tenaga kesehatan yang terdekat dengan masyarakat dan mempunyai tanggung jawab kesehatan di desa/wilayahnya, bertanggung jawab memberikan penyuluhan secara benar dan mudah diterima oleh sasaran imunisasi. Penyuluhan dapat dilakukan pada saat musyawarah masyarakat desa (MMD), melibatkan toga untuk memberikan ceramah imunisasi dan bersama kader dan toga melakukan kunjungan rumah untuk memberikan penyuluhan manfaat imunisasi kepada sasaran.¹¹

Penyuluhan yang rutin sebagai transfer pengetahuan, dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pentingnya imunisasi bagi kesehatan, selanjutnya akan tumbuh semangat berpartisipasi. Menurut Palupi salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan imunisasi adalah mengaktifkan penyuluhan dan sosialisasi imunisasi, sehingga pengetahuan masyarakat tentang manfaat imunisasi mendorong mereka lebih peduli dan mau melaksanakan imunisasi dengan tanpa merasa ragu-ragu lagi.¹³

Partisipasi aktif masyarakat dalam elemen kebijakan akan sangat membantu tercapainya tujuan program yang diimplementasikan pemerintah. Hal ini sesuai dengan pendapat Rian Nugroho dalam Muazaroh, bahwa masyarakat merupakan bagian dari salah satu elemen aktor kebijakan yang dapat mendukung keberhasilan program yang diimplementasikan.¹⁴ Selain itu menurut Kurniawan Dedi Cahyono dalam Febriana Sari, bahwa pengetahuan sasaran merupakan faktor utama penyebab ketidak lengkapan imunisasi.¹⁴ Menurut Subarsono, bahwa adanya komunikasi dengan sasaran program dalam implementasi kebijakan diperlukan untuk mentransmisikan pengetahuan terkait program yang diimplementasikan kepada *target group*/sasaran, sehingga sasaran dapat memahami dan berpartisipasi dalam implementasi program yang dijalankan.⁷ Menurut Notoatmodjo semakin banyak orang menerima informasi dari berbagai pihak termasuk dari tenaga kesehatan, akan semakin baik tingkat pengetahuan dan pemahaman mereka.^{15,16} Jangka panjang yang diharapkan adalah mereka semakin faham kemanfaatan imunisasi, sehingga hal itu dapat mendorong mereka berpartisipasi mendukung implementasi kebijakan pelayanan imunisasi di wilayahnya.

Pada variabel implementasi pertama tentang komunikasi (Tabel 3) terlihat bahwa terdapat 87,5 persen informan menolak untuk melakukan sosialisasi program imunisasi pada toga/toma, karena menganggap mereka kurang berperan dalam program imunisasi. Padahal mempengaruhi toga dan toma justru sangat penting dalam elemen kebijakan, karena mereka orang yang berpengaruh di wilayahnya. Ucapan dan perintah mereka

akan sangat diikuti oleh warga atau pengikutnya, oleh karena itu toga perlu di fasilitasi untuk memberikan ceramah imunisasi.¹¹ Pemanfaat toga dalam mendukung program imunisasi juga sejalan dengan Permenkes nomor 42/2013, bahwa sosialisasi pada tokoh masyarakat/ agama sangat penting dilakukan untuk menumbuhkan pemberdayaan masyarakat dan sesuai strategi Gerakan Akselerasi Imnisasi Nasional (GAIN).² Dalam amanat Permenkes nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, juga menyebutkan kegiatan upaya kesehatan masyarakat (UKM) esensial, seperti penyuluhan imunisasi kepada masyarakat, termasuk toga dan toma.¹⁷

Pada variabel implementasi sumber daya khususnya sumber daya imunisasi, setiap puskesmas terdapat penyelenggara vaksin yang di pegang 1 orang dengan kualifikasi D3 keperawatan. Penyelenggara vaksin ini bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan program imunisasi didaerah. Selain itu ada satu orang petugas non kesehatan (tamatan SMA) yang dulunya pernah menjadi seorang jurim (juru imunisasi) sebagai penjaga *cold chain* untuk memelihara ke aktifan vaksin. Mereka berdua tidak diperbolehkan memberikan penyuntikan vaksin pada sasaran, meskipun berkemampuan untuk itu, karena tugas memberikan imunisasi pada sasaran sudah termasuk dalam tugas pokok bidan sesuai Permenkes nomor 42/2013 dan menurut Muninjaya, G.AA, karena didasarkan pada kesamaan sasaran pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) yaitu ibu, bayi dan balita.⁶ Sesuai pasal 11 Permenkes nomor 1464/2010 pelayanan imunisasi dasar lengkap pada bayi, merupakan bagian dari tugas pokok pelayanan kesehatan anak.¹⁰

Secara umum bidan setuju peningkatan kompetensi melalui pelatihan, seminar/lokakarya, tetapi pelatihan yang diinginkan adalah dari nara sumber Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten, selain untuk memperoleh ilmu secara utuh juga sebagai *refreshing* menghilangkan kejenuhan rutinitas kerja. Untuk memperoleh hasil yang efektif dalam *transfer of knowledge*, pelaksanaan pelatihan perlu memperhatikan kenyamanan peserta. Semakin banyak informasi yang dipahami bidan, akan menambah kepercayaan dan keyakinan

dalam melaksanakan tugas dan hal ini dapat menjadi predisposisi (pendorong) terhadap perubahan perilaku bidan untuk lebih berkomitmen melaksanakan program dan mencapai target yang diinginkan. Hal ini sejalan dengan *Green* dalam Notoatmodjo, bahwa faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku salah satunya adalah pengetahuan, kepercayaan dan keyakinan.^{7,18}

Pelatihan sangat berarti bagi bidan sebagai salah satu cara memperoleh informasi terupdate. Lokerja bidan di desa dan kendala internet, sehingga hal itu menyulitkan bidan untuk bisa meng update setiap informasi. Informasi baru bisa bidan peroleh melalui kunjungan tim supervisi suportif, karena selain mengevaluasi program juga memberikan informasi dan solusi. Supervisi suportif menurut Depkes RI yaitu supervise yang bertujuan tidak untuk mencari kesalahan, tapi untuk membagi ilmu (*sharing*) dan memecahkan solusi.¹⁹

Terkait pendidikan, bidan desa tetap tidak setuju jika harus tetap dengan D3 atau D4, mereka tetap optimis menginginkan sebaiknya bidan bergelar S1 meskipun tetap mengabdikan di desa. Sesuai dengan kebijakan Kemenkes RI, melalui Permenkes nomor 42/2013, bahwa tenaga pelaksana imunisasi harus seorang profesional dan terlatih. Sesuai teori, pendidikan bagian dari salah satu *predisposing* (pendorong) seseorang menjadi profesional di bidangnya dan dapat melakukan tugasnya dengan kepercayaan dan keyakinan (*Green* dalam Notoatmodjo).^{2,17}

Sumber daya pendukung pelayanan imunisasi adalah tersedianya sarana seperti *cold chain* untuk penyimpanan vaksin yang disertai dengan alat pengukur suhu dan alat pengukur waktu, buku laporan imunisasi untuk mengetahui cakupan IDL, buku laporan penggunaan vaksin untuk mengetahui pemakaian vaksin dan kebutuhan vaksin termasuk untuk *buffer* (cadangan supaya tidak kehabisan). *Vaccine carrier* sudah tersedia, tapi jauh dari cukup, sehingga harus bergantian, begitupula *safety box* sudah tersedia untuk menampung sampah pasca imunisasi dan selanjutnya di jemput pihak ke 3, yang secara periodik mengangkut limbah tersebut untuk dimusnahkan. *Vaccine carrier*

sebagai sarana untuk menjaga vaksin tetap stabil saat dibawa dari puskesmas ketempat bidan memberikan pelayanan imunisasi. Keterbatasan jumlah *Vaccine carrier* di puskesmas, akan jadi masalah karena digunakan secara bergantian dan bisa jadi bidan tidak mendapati *Vaccine carrier* saat mau membawa vaksin, karena *Vaccine carrier* belum dikembalikan oleh bidan yang lain. Akibatnya vaksin tetap di bawa tanpa menggunakan *Vaccine carrier*. Hal ini selain menghambat kerja bidan, juga menyebabkan ketidakpercayaan masyarakat sasaran, dan bisa terjadi KIPI. Vaksin yang dibawa (disimpan) tidak dengan *Vaccine carrier* beresiko terhadap keaktifan vaksin itu sendiri dan menurut hasil penelitian Fauziah; Fathurrohman; Subowo A; kesalahan dalam menyimpan vaksin menyebabkan vaksin tidak bisa bekerja efektif lagi.¹⁹

Safety box cukup tersedia, sehingga selalu di bawa setiap kegiatan imunisasi di luar gedung. *Safety box* berguna untuk menampung sampah medis pasca imunisasi (sampah) medis pasca imunisasi seperti jarum, kapas, sisa vaksin dan lain-lain sebelum di bawa kembali ke puskesmas untuk dimusnahkan. Hal ini sesuai permenkes nomor 75/2014, bahwa setiap pelayanan imunisasi harus memiliki ketersediaan kit imunisasi diantaranya *vaccine carrier* 1 unit dan *safety box*.¹⁷ Sesuai pasal 25 Permenkes nomor 42/2013, bahwa puskesmas sebagai penyelenggara imunisasi wajib bertanggung jawab terhadap pengelolaan sampah medis pasca imunisasi.² Menurut Permenkes nomor 42/2013, penanganan limbah medis pasca imunisasi harus memenuhi syarat *safe injection practices* dan *safe waste disposal management* yaitu melarang pemusnahan limbah medis pasca imunisasi dibakar atau dipendam di pekarangan atau di kebun, tetapi wajib dimusnahkan dengan *incenerator* bertekanan tinggi, agar tidak mencemari lingkungan dan membahayakan anak-anak.

Bidan secara umum setuju pelayanan imunisasi harus sesuai SOP. Komitmen seperti ini sudah sewajarnya dimiliki semua bidan dalam mengimplementasi kebijakan imunisasi, sebagai program prioritas Kemenkes. Berdasarkan kajian Kemenkes RI, bahwa imunisasi sudah dikenal sebagai

program luar biasa dan merupakan usaha yang sangat hemat biaya dalam mencegah penyakit menular dan telah berhasil menyelamatkan banyak kehidupan dibandingkan dengan upaya kesehatan masyarakat lainnya.²⁰ Menurut Ranuh, program imunisasi merupakan intervensi kesehatan yang paling efektif dan berhasil meningkatkan angka harapan hidup.²¹ Akan tetapi akan berbahaya jika dilaksanakan tidak sesuai SOP yang ada, karena akan berakibat terjadinya kasus KIPI dan pemberian vaksin yang tidak aktif pada sasaran, karena salah memperlakukan vaksin dalam penyimpanan baik saat di puskesmas maupun saat dibawa kelokasi pelayanan imunisasi di luar gedung.

Semua bidan sudah berkomitmen melaksanakan imunisasi, namun sesuai laporan Riskesdas 2013 masih menyebutkan cakupan IDL di Kabupaten Bangkalan terendah se Indonesia. Berdasarkan laporan penelitian Unair; Dinkes Prov Jawa Timur; UNICEF pada tahun 2015, bahwa tidak tercapainya cakupan imunisasi di Kabupaten Bangkalan disebabkan adanya hilangnya kesempatan (*Miss Opportunity* atau MO).¹¹ Banyak sasaran yang semestinya dapat diimunisasi, tapi karena tidak dilakukan skreening secara benar, sehingga sasaran tidak diimunisasi, seperti petugas tidak mengimunisasi kepada sasaran yang takut diimunisasi, takut adanya kasus KIPI, seperti takut panas, bengkak pasca diimunisasi dan kesalahan prosedur suntik yang menyebabkan sasaran mengalami KIPI serius. Kesalahan prosedur memang bisa terjadi, selain salah lokasi suntik, juga menurut Fauziah; Fathurrohman; Subowo A adalah vaksin tidak dikocok dengan benar, dapat mengeras saat di suntikan atau kesalahan dalam menyimpan vaksin sehingga tidak bisa bekerja efektif.¹⁹

Variabel struktur birokrasi sebagai variabel ke 4 implementasi kebijakan, Bidan setuju jika ada struktur birokrasi dan SOP khusus pelayanan imunisasi, karena hal itu untuk ketegasan dan kelancaran koordinasi, tetapi tidak setuju jika struktur birokrasi panjang dan berbelit-belit, karena hanya mempersulit koordinasi. Hal ini sesuai dengan Widodo, ketidakefisienan struktur birokrasi (*deficiencies in bureaucratic structure*) seperti birokrasi yang panjang dan berbelit-

belit.²¹ Selain itu SOP imunisasi sangat diperlukan sebagai pedoman kerja bagi semua bidan untuk mencegah terjadi kesalahan prosedur. Namun sampai saat ini belum ada bagan struktur birokrasi imunisasi yang menjadi dasar mekanisme berkoordinasi dan SOP imunisasi yang ada masih menggunkan dari Kementerian Kesehatan.

Koordinasi dengan kader kesehatan sangat penting untuk dilakukan, karena mereka punya kemampuan untuk menggerakkan warganya dan dapat berkoordinasi dengan toga, toma setempat. Pemberdayaan kader kesehatan dalam program imunisasi merupakan bagian dari penggerakan masyarakat untuk berpartisipasi, seperti tercantum dalam Permenkes nomor 42/2013 pasal 35, bahwa peran serta masyarakat dapat diwujudkan melalui penggerakkan masyarakat, memberdayakan relawan/kader.² Sebagai penanggung jawab wilayah, bidan berkewajiban memberdayakan kader salah satunya saat kunjungan rumah memberikan penyuluhan manfaat imunisasi pada sasaran.¹¹

KESIMPULAN

Penyelenggaraan imunisasi sudah sesuai dengan Permenkes nomor 42/2013 yaitu di puskesmas dikelola tenaga kesehatan berpendidikan D3 (Minimal Perawat), sedangkan sebagai pelaksana imunisasi pada sasaran (masyarakat) dilaksanakan oleh bidan yang sudah dilatih imunisasi dan mempunyai sertifikat namun belum optimal.

Kegiatan komunikasi seperti penyuluhan masih belum maksimal dilakukan informan pada sasaran (ibu hami/ibu bayi, suami, toga/toma), bahkan cenderung tidak dilakukan, karena beban tupoksi bidan sudah cukup berat dan penyuluhan imunisasi bagian dari tupoksi petugas promosi kesehatan puskesmas.

Ketersediaan sarana imunisasi, seperti *vaccine carrier* dan *safety box*, vaksin, *cold chain*, pengukur suhu, pengukur waktu sudah ada di setiap puskesmas. Khusus *vaccine carrier* jumlahnya masih terbatas, sehingga penggunaannya masih harus bergantian.

Sudah ada komitmen bidan untuk mencegah PD3I dan meningkatkan cakupan IDL, namun masih ada yang bekerja belum sesuai SOP, sehingga timbul kasus kesalahan suntik dan membawa vaksin tidak menggunakan *vaccine carrier* yang dapat menyebabkan vaksin tidak aktif lagi, sehingga jika disuntikkan ke tubuh sasaran sudah tidak berfungsi lagi dan sasaran masih rentan terkena PD3I.

Struktur birokrasi khusus imunisasi belum ada, tapi bidan membutuhkan untuk kejelasan berkoordinasi, khususnya jika terjadi kasus KUPI serius. Sampai saat ini SOP imunisasi masih menggunakan SOP dari Kementerian Kesehatan dan tidak semua bidan memiliki.

SARAN

Saran kepada pelaksana program Imunisasi di Kabupaten Bangkalan sebagai berikut; 1) Menggiatkan penyuluhan tentang manfaat imunisasi dan penanggulangan adanya kejadian ikutan pasca imunisasi, baik dilakukan pada perorangan maupun di depan umum, seperti melalui musyawarah masyarakat desa (MMD). Menggiatkan sweeping imunisasi untuk meningkatkan cakupan imunisasi; 2) Peningkatan kompetensi bidan melalui pelatihan imunisasi disertai refreshing dilakukan di Kabupaten atau Provinsi; 3) Komitmen menjadikan imunisasi sebagai program prioritas, karena imunisasi sudah terbukti efektif dan hemat biaya dalam mencegah kematian bayi, akibat penyakit menular; 4) Penyelenggaraan imunisasi harus sesuai SOP, agar memberikan manfaat dan menambah keyakinan sasaran, menghindarkan terjadinya kasus KUPI.

UCAPAN TERIMA KASIH

Artikel ini dibuat berdasarkan hasil penelitian tahun 2015 yang sudah memperoleh ijin institusi, oleh karena itu, pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada Kepala Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, yang memberikan pembiayaan kegiatan kajian ini, Kadinkes dan penanggung jawab

imunisasi di Dinas Kabupaten Bangkalan, Sumenep dan Kota Probolinggo, beserta jajarannya Puskesmas dan seluruh responden. sehingga penelitian dan artikel ini bisa kami selesaikan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan [Internet]. 13 Oktober 2009. 1009. p. 23–8. Available from: [http://www.depkes.go.id/resources/download/general/UU Nomor 36 Tahun2 009 tentang Kesehatan.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/UU%20Nomor%2036%20Tahun2009%20tentang%20Kesehatan.pdf)
2. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Imunisasi [Internet]. 10 Juni 2013. 2013. Available from: [http://hukor.depkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK No. 42 ttg Penyelenggaraan Imunisasi.pdf](http://hukor.depkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK%20No.%2042%20ttg%20Penyelenggaraan%20Imunisasi.pdf)
3. Soedjatmiko. Pentingnya Imunisasi Untuk Mencegah Wabah, Sakit Berat, Cacat serta Kematian Bayi dan Balita. *Bul Jendela dan Inf Kesehat* [Internet]. 2012;1(September):23–8. Available from: <http://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/buletin/buletin-mnte.pdf>
4. Juniatiningsih A, Soedibyo S. Profil Status Imunisasi Dasar Balita di Poliklinik Umum Departemen Ilmu Kesehatan Anak Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta. 2007;9(2):121–6.
5. Badan Litbangkes. Kementerian Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2013 [Internet]. Jakarta; 2013. Available from: [http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil Riseskdas 2013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf)
6. Muninjaya, AA. G. Manajemen Kesehatan Edisi 2. Jakarta: EGC; 2004.
7. Subarsono. Analisis Kebijakan Publik. Yogyakarta: UNY. Press; 2013.
8. Suharno. Dasar-Dasar Kebijakan Publik: Kajian Proses & Analisis Kebijakan. Yogyakarta: UNY Press; 2010.
9. Sugiharto M. Laporan Akhir Analisis Implementasi Program Imunisasi Dasar

- Lengkap di Puskesmas-Provinsi Jawa Timur. Surabaya; 2015.
10. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1464 MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan [Internet]. 4 Oktober 2010. 2010. Available from: [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK No. 1464 thn ttg Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_1464_thn_ttg_Izin_dan_Penyelenggaraan_Praktik_Bidan.pdf)
 11. Unair;, UNICEF;, Dinkes Prov-Jawa-Timur. Strategi Operasional Program Imunisasi Untuk Menurunkan Hilangnya Kesempatan Imunisasi (Missed Opportunity). Surabaya; 2015.
 12. Agnes Widya Palupi. Pengaruh Penyuluhan Imunisasi terhadap Peningkatan Sikap Ibu Tentang Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi Sebelum Usia 1 Tahun [Internet]. Universitas Sebelas Maret; 2011. Available from: <https://eprints.uns.ac.id/6114/1/210370911201110381.pdf>
 13. Muazaroh. Analisis Implementasi Program Imunisasi Hepatitis B-0 pada Bayi berumur 0-7 hari oleh Bidan Desa di Kabupaten Demak Tahun 2009 [Internet]. Universitas Diponegoro; 2009. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/24311/1/Muazaroh.pdf>
 14. Albertina; M, Febriana; S, Firmanda; W, Permata; Y, Gunardi; H. Kelengkapan Imunisasi Dasar Anak Balita dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Poliklinik Anak Beberapa Rumah Sakit di Jakarta dan Sekitarnya pada Bulan Maret 2008. Sari Pediatr [Internet]. 2009;11(1):1-7. Available from: <https://saripediatri.org/index.php/saripediatri/article/view/616/551>
 15. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan [Internet]. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2003. Available from: <http://thebooksout.com/downloads/soekidjo-notoatmodjo-2003.pdf>
 16. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat [Internet]. 2014. Available from: [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK No. 75 ttg Puskesmas.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_75_ttg_Puskesmas.pdf)
 17. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku [Internet]. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2007. Available from: <https://thebookee.net/pr/promosi-kesehatan-dan-ilmu-perilaku-notoatmodjo-2007>
 18. Departemen Kesehatan RI. Daftar Tilik Supervisi Supportif Pelayanan Imunisasi. Direktorat Jenderal PP & PL; 2007.
 19. Faich Carissa Fauziah;, Fathurrohman; AS. Monitoring Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Ngaliyan Semarang. (24). Available from: <https://media.neliti.com/media/publications/98467-ID-monitoring-pelayanan-kesehatan-ibu-dan-a.pdf>
 20. Ranuh IGN. Pedoman Imunisasi di Indonesia. Jakarta: IDAI; 2008.
 21. Joko Widodo. Analisis Kebijakan Publik. Malang: Bayumeda Publishing; 2011.