



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9 Jakarta 12950
Telepon (021) 4247608 (*Hunting*) Faksimile (021) 4207807



KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
NOMOR HK.02.02/C/ 2317 /2022
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN BULAN IMUNISASI ANAK NASIONAL
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT,

- Menimbang : a. bahwa Indonesia telah berkomitmen untuk mencapai eliminasi campak dan rubela pada tahun 2023, sehingga diperlukan strategi pencapaian eliminasi penyakit campak dan rubela;
- b. bahwa penyakit campak dan rubela merupakan penyakit infeksi yang sangat menular, yang berdasarkan kajian epidemiologis dan penilaian risiko penyakit campak dan rubela termasuk *Congenital Rubella Syndrome* (CRS) sebagian besar provinsi di Indonesia berada dalam risiko sedang, tinggi, dan sangat tinggi untuk terjadinya kejadian luar biasa;
- c. bahwa berdasarkan rekomendasi dari Komite Penasihat Ahli Imunisasi Nasional (*Indonesian Technical Advisory Group on Immunization*) tahun 2020 dan Komite Verifikasi Nasional Eliminasi Campak dan Rubela, diperlukan upaya percepatan pencapaian eliminasi campak dan rubela melalui kegiatan pemberian imunisasi tambahan secara bertahap;

- d. bahwa dalam rangka melaksanakan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1113/2022 tentang Penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional Tahun 2022, perlu menyusun ketentuan mengenai tata cara penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional Tahun 2022;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c dan huruf d, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional;

- Mengingat :
- 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 - 2. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 - 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 - 4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 559);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 825);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1113/2022 tentang Penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional Tahun 2022;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TENTANG PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN BULAN IMUNISASI ANAK NASIONAL.

KESATU : Menetapkan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional yang selanjutnya disebut petunjuk teknis sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.

- KEDUA : Petunjuk teknis sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu menjadi acuan bagi Pemerintah pusat, pemerintah daerah, tenaga kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan imunisasi serta pemangku kepentingan terkait.
- KETIGA : Segala biaya yang timbul dari penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional Tahun 2022 sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dibebankan pada anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, dan/atau sumber dana lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KEEMPAT : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 19 April 2022

DIREKTUR JENDERAL
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
PENYAKIT,



MAXI REIN RONDOUWU

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
PENYAKIT
NOMOR : HK.02.02/C/ 2317/2022
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN
BULAN IMUNISASI ANAK NASIONAL

PENYELENGGARAAN BULAN IMUNISASI ANAK NASIONAL
TAHUN 2022

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) diantaranya yaitu tuberkulosis, campak, rubela, hepatitis, pertusis, difteri, polio, tetanus neonatorum, meningitis, pneumonia, kanker leher Rahim akibat infeksi Human Papilloma Virus, Japanese Encephalitis, diare akibat infeksi rotavirus dan sebagainya. Penyakit-penyakit ini dapat mengakibatkan kesakitan, kecacatan dan bahkan kematian terutama jika mengenai anak-anak yang belum mendapatkan imunisasi rutin lengkap. Seorang anak usia kurang dari 5 tahun dikatakan memiliki status imunisasi rutin lengkap apabila telah mendapatkan 1 dosis HB0, 1 dosis BCG, 4 dosis OPV, 4 dosis DPT-HB-Hib, 1 dosis IPV, dan 2 dosis campak-rubela.

Adanya pandemi COVID-19 mengakibatkan pelaksanaan imunisasi rutin tidak dapat berjalan optimal. Data beberapa tahun terakhir menunjukkan terjadinya penurunan cakupan imunisasi rutin, baik itu imunisasi dasar maupun imunisasi lanjutan, yang cukup signifikan. Hal ini menyebabkan jumlah anak-anak yang tidak mendapatkan imunisasi rutin lengkap sesuai usia semakin bertambah banyak. Dampak dari penurunan cakupan tersebut dapat kita lihat dari adanya peningkatan jumlah kasus PD3I dan terjadinya Kejadian Luar Biasa atau KLB PD3I seperti campak, rubela dan difteri di beberapa wilayah.

Sebagai bagian dari masyarakat global, Indonesia telah berkomitmen untuk mencapai target/goal global seperti mencapai eliminasi campak-rubela/*Congenital Rubella Syndrome* (CRS) pada tahun 2023 serta mempertahankan Indonesia Bebas Polio dan mewujudkan Dunia Bebas Polio pada tahun 2026.

Upaya penting dalam mencapai eliminasi campak-rubela/CRS, selain penguatan imunisasi rutin tentunya, adalah dengan melaksanakan pemberian imunisasi tambahan campak-rubela yang sifatnya massal dan tanpa memandang status imunisasi sebelumnya bagi sasaran prioritas yang telah ditetapkan. Begitu juga dengan pencapaian eradikasi polio global, dibutuhkan upaya imunisasi kejar IPV1 untuk menutup kesenjangan imunitas dan memastikan anak-anak terlindungi dari virus polio tipe 2. Selain itu, Indonesia juga perlu melakukan langkah yang serius untuk menekan KLB PD3I yang saat ini telah mulai terjadi di masyarakat agar tidak menjadi masalah baru di tengah-tengah pandemi yang belum juga berakhir.

Sehubungan dengan hal itu, dibutuhkan suatu upaya kolaboratif terintegrasi yang dapat mengharmoniskan kegiatan imunisasi tambahan dan imunisasi kejar guna menutup kesenjangan imunitas di masyarakat. Upaya tersebut dilaksanakan melalui kegiatan yang dinamakan Bulan Imunisasi Anak Nasional.

B. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional meliputi:

1. Persiapan
2. Pelaksanaan
3. Monitoring dan evaluasi

C. Sasaran

Sasaran Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional adalah sebagai berikut:

1. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah, meliputi para pengambil kebijakan, pengelola program dan logistik imunisasi, serta tenaga kesehatan lainnya di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas;

2. Tenaga kesehatan di puskesmas, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan imunisasi baik milik pemerintah maupun swasta; dan
3. Pemangku kepentingan terkait.

D. Pengertian

1. Imunisasi Tambahan adalah jenis Imunisasi tertentu yang diberikan pada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu.
2. Imunisasi Kejar adalah kegiatan memberikan imunisasi kepada anak yang belum menerima dosis vaksin sesuai usia yang ditentukan pada jadwal imunisasi nasional.
3. Bulan Imunisasi Anak Nasional atau disingkat BIAN adalah upaya pemberian imunisasi yang dilaksanakan secara terintegrasi yang meliputi dua (2) kegiatan sebagai berikut:
 - a. kegiatan imunisasi tambahan berupa pemberian satu dosis imunisasi campak-rubela secara massal tanpa memandang status imunisasi sebelumnya kepada sasaran sesuai dengan rekomendasi usia yang ditetapkan untuk masing-masing wilayah, dan
 - b. kegiatan imunisasi kejar berupa pemberian satu atau lebih jenis imunisasi untuk melengkapi status imunisasi anak usia 12 sampai dengan 59 bulan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Epidemiologi dan Gambaran Klinis

1. Campak

Campak merupakan penyakit yang sangat menular (infeksius) yang disebabkan oleh Morbilivirus. Diperkirakan pada tahun 2018, lebih dari 140.000 kematian akibat campak terjadi terutama pada anak berusia kurang dari 5 tahun. Pada tahun 2020, total 93,913 kasus campak dilaporkan di dunia, dengan 10 negara yang melaporkan kasus terbanyak adalah Nigeria, Brazil, India, Kongo, Yaman, Somalia, Pakistan, Uzbekistan, Burundi dan Tanzania.

Campak termasuk penyakit yang menular melalui percikan ludah dengan gejala demam, ruam makulopapular dan gejala lain seperti batuk, pilek dan/atau konjungtivitis. Campak dapat menyebabkan *immune amnesia* yang akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh yang membuat penderita rentan untuk terkena penyakit lain seperti pneumonia, diare dan radang selaput otak.

2. Rubela

Rubela adalah penyakit yang disebabkan oleh virus rubela. Virus ini menular melalui percikan ludah yang ditandai dengan gejala awal seperti demam ringan, ruam makulopapular dan pembengkakan pada kelenjar limfe didaerah leher dan belakang telinga. Virus rubela jika menular pada ibu hamil terutama trimester pertama dapat menembus sawar plasenta dan menginfeksi janin sehingga menyebabkan abortus, lahir mati atau cacat berat kongenital (*birth defects*) yang dikenal sebagai penyakit *Congenital Rubella Syndrome* (CRS).

Pada tahun 2020, sebanyak 7.420 kasus Rubela dilaporkan secara global. 10 negara yang melaporkan kasus terbanyak adalah India, Tiongkok, Kongo, Nigeria, Sudan, Yaman, Malaysia, Filipina, Indonesia dan Pakistan.

3. Difteri

Difteri adalah penyakit yang diakibatkan oleh bakteri difteri yang memunculkan gejala utama seperti demam dan nyeri tenggorokan yang disertai adanya *pseudomembran* putih keabu-abuan yang sulit lepas, mudah berdarah apabila disentuh atau dilakukan manipulasi pada area tenggorokan. Penyakit ini dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti gagal jantung dan gangguan ginjal sehingga memiliki tingkat kematian yang tinggi. Pada tahun 2017, WHO melaporkan sebanyak 8.819 kasus difteri terjadi di dunia dengan hampir 90% terjadi di regional Asia Tenggara. India, Nepal dan Indonesia menyumbangkan sekitar 96-99% kasus difteri di Asia Tenggara.

4. Polio

Polio adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus polio. Virus ini jika menyerang sistem saraf pusat dapat menyebabkan kelumpuhan anggota gerak dan/atau kelumpuhan otot pernafasan. Kasus polio yang diakibatkan oleh virus polio liar sudah turun lebih dari 99% sejak tahun 1988 yaitu dari sekitar 350.000 kasus pertahun menjadi sekitar 33 kasus pertahun di tahun 2018. Pakistan dan Afghanistan menjadi negara yang masih endemis untuk polio liar hingga saat ini. Eradikasi polio ditargetkan untuk dapat tercapai di tahun 2026.

5. Pertusis

Pertusis atau batuk rejan adalah penyakit infeksi bakteri *Bordetella pertusis* yang menyerang sistem pernafasan. Penyakit ini menular melalui percikan ludah dan biasanya diawali dengan gejala demam, batuk dan pilek. Penyakit ini sangat berbahaya terutama jika menginfeksi bayi, yang dapat menyebabkan kematian. Pada tahun 2018 diperkirakan terdapat lebih dari 151.000 kasus pertusis di tingkat global. Jumlah ini sudah sangat jauh berkurang dengan adanya program imunisasi, dimana di tahun 2018 terdapat 129 negara yang telah mencapai cakupan vaksinasi DPT3 sebesar 90%.

6. Tetanus Neonatorum

Tetanus merupakan infeksi akut yang disebabkan oleh spora bakteri *Clostridium tetani*. Jika mengenai bayi berusia <28 hari maka disebut sebagai tetanus neonatorum. Gejalanya berupa spasme otot, kejang, kesulitan dalam menelan dan bernafas. Diperkirakan 34.000 bayi meninggal akibat tetanus di tahun 2015. Jumlah ini sudah sangat jauh berkurang sebesar 96% dibandingkan jumlah kasus pada tahun 1988 terutama setelah dilakukannya perbaikan program imunisasi dan persalinan yang bersih dan aman di negara-negara berkembang.

B. Situasi Penyakit –penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) Di Indonesia

Indonesia, sebagai bagian dari masyarakat global, telah berkomitmen untuk mendukung agenda-agenda pengendalian penyakit global seperti eradikasi polio, eliminasi campak-rubela/CRS, eliminasi hepatitis B, pengendalian difteri, penurunan insidensi penyakit tuberkulosis dan eliminasi tetanus maternal dan neonatal. Penyakit-penyakit tersebut masuk dalam kategori penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Sistem surveilans untuk penyakit tersebut telah dilakukan dan berkembang dengan dukungan laboratorium rujukan sebagai salah satu komponen utama.

Campak dan rubella adalah penyakit yang diakibatkan oleh virus yang dapat menyebabkan kematian dan juga kecacatan yang disebut sebagai *Congenital Rubella Syndrome* (CRS). Eliminasi campak-rubella ditargetkan dicapai tahun 2023. Saat ini, di tingkat global, Indonesia masih masuk dalam kategori endemis untuk campak dan rubella. Pada tahun 2021, tercatat 132 kasus campak konfirmasi laboratorium terdapat di 71 Kab/Kota, 25 Provinsi, dan 267 kasus rubella konfirmasi laboratorium terdapat di 84 Kab/Kota di 25 Provinsi. Kejadian Luar Biasa (KLB) dilaporkan di beberapa wilayah seperti di Maluku Utara, Papua, Jawa Timur, Sulawesi Selatan dan Sulawesi Utara. Di awal tahun KLB juga sudah dilaporkan di Aceh, Jawa Timur, Maluku, Sumatera Barat, dan Sumatera Utara. Hal ini tentu sebagai salah satu dampak dari penurunan cakupan imunisasi selama masa pandemi.

Pada tahun 2014, bersama dengan negara-negara lain di regional Asia Tenggara, Indonesia memperoleh status bebas polio. Dan saat ini, sebagai bagian dari masyarakat global, Indonesia berkomitmen untuk mencapai status eradikasi polio di tahun 2026. Pada tahun 2019, terjadi KLB Polio cVDPV-1 di Provinsi Papua yang mengharuskan dilakukannya Sub-Pekan Imunisasi Nasional (Sub-PIN) sebanyak 2 putaran pada anak usia dibawah 15 tahun di Provinsi Papua dan Papua Barat. Risiko tidak hanya muncul dari dalam negeri, tetapi juga risiko importasi dari negara lain yang mengalami KLB seperti di Malaysia dan Filipina. Penurunan cakupan imunisasi polio dan performa surveilans Lumpuh Layuh Akut menyebabkan peningkatan risiko yang ditunjukkan dengan 28 provinsi masuk kriteria daerah risiko tinggi untuk penularan penyakit polio.

Difteri adalah penyakit yang diakibatkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang memiliki angka kematian tinggi jika tidak ditangani secara cepat. Indonesia saat ini masih termasuk negara endemis untuk difteri dan menjadi penyumbang kasus difteri terbanyak bersama dengan India. Pada tahun 2017, WHO melaporkan sebanyak 8.819 kasus difteri terjadi di dunia dengan hampir 90% terjadi di regional Asia Tenggara. India, Nepal dan Indonesia menyumbangkan sekitar 96-99% kasus difteri di Asia Tenggara. Khusus untuk tahun 2021, telah terjadi peningkatan kasus difteri dan mencatatkan sekitar 19 kabupaten/kota di 11 provinsi mengalami KLB Difteri. Data juga menunjukkan terdapat 10,6% kasus difteri yang dilaporkan meninggal dunia, proporsi ini lebih tinggi dibandingkan di tahun 2020 (meningkat 2x lipat).

Selain beberapa penyakit menular diatas, saat ini Indonesia juga sedang dalam upaya untuk mempertahankan status eliminasi tetanus maternal dan neonatal yang diperoleh pada tahun 2016. Imunisasi menjadi salah satu upaya penting untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Perlu menjadi catatan, bahwa telah terjadi peningkatan 3x lipat jumlah kasus tetanus neonatorum pada tahun 2021 dibandingkan tahun 2020 dengan tingkat kematian mendekati 90%. Penyakit-penyakit PD3I lainnya juga saat ini terus dimonitor terutama dengan menggunakan Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) yang dikirimkan setiap minggunya oleh puskesmas.

C. Situasi Cakupan Imunisasi dan Hasil Penilaian Risiko di Indonesia

1. Situasi Cakupan Imunisasi Rutin

Adanya pandemi COVID-19 mengakibatkan pelaksanaan imunisasi rutin tidak dapat berjalan optimal. Data lima tahun terakhir menunjukkan ada penurunan cakupan imunisasi rutin, baik itu imunisasi dasar lengkap, maupun imunisasi lanjutan baduta, yang cukup signifikan selama masa pandemi COVID-19. Hal ini menyebabkan jumlah anak-anak yang tidak mendapatkan imunisasi dasar lengkap semakin bertambah banyak. Adapun capaian imunisasi dasar lengkap dalam lima tahun terakhir dapat dilihat pada grafik di bawah ini.



[L1]

Grafik 1. Capaian Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2017-2021

Pada Grafik 1. di atas dapat dilihat bahwa capaian imunisasi dasar lengkap pada tahun 2020 – 2021 tidak dapat mencapai target. Terjadi penurunan capaian yang cukup signifikan pada tahun 2020 – 2021 dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, dimana capaian pada tahun 2020 sebesar 84,2% dan capaian tahun 2021 (berdasarkan data laporan rutin sampai dengan 1 April 2022) juga hanya mencapai 84,2%.

Selain imunisasi dasar lengkap, penurunan cakupan juga terjadi pada capaian imunisasi lanjutan campak-rubela baduta.



Grafik 2. Capaian Imunisasi Campak-Rubela Lanjutan Baduta

Dari Grafik 2. di atas dapat dilihat bahwa terjadi penurunan capaian imunisasi campak-rubela lanjutan baduta pada tahun 2020 dan 2021 dibandingkan tahun 2017 – 2019. Capaian imunisasi campak-rubela lanjutan baduta pada tahun 2020 dan 2021 tidak dapat mencapai target yang ditentukan, dimana capaian pada tahun 2020 sebesar 65,3% dari target 76,4% dan capaian tahun 2021 (berdasarkan data laporan rutin sampai dengan 1 April 2022) hanya mencapai 58,5% dari target 81%.

Pada bulan Juli 2020, Kementerian Kesehatan dan UNICEF melakukan *Rapid Survey* untuk mengetahui persepsi orang tua dan pengasuh dan dampaknya pada imunisasi rutin selama masa pandemi COVID-19 di Indonesia. Beberapa temuan menunjukkan adanya perubahan perilaku dan praktik dalam mencari layanan imunisasi selama pandemi:

- Ketakutan orang tua tertular COVID-19 di Puskesmas, Posyandu, atau fasyankes lainnya
- Kekhawatiran atas kepatuhan tenaga kesehatan dalam mengikuti pedoman imunisasi yang aman di fasilitas pelayanan kesehatan

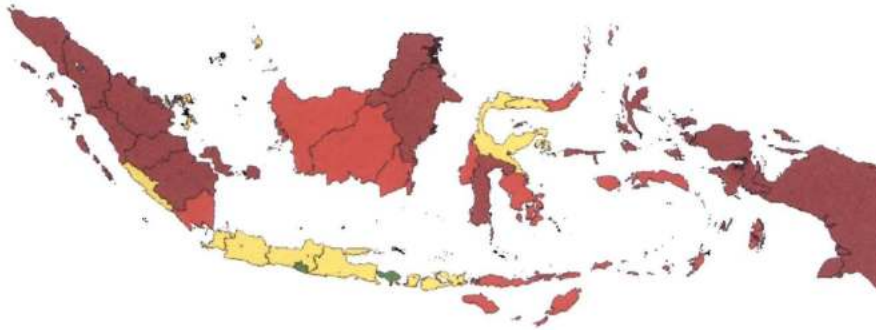
Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/4632/2021 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Imunisasi Rutin pada Masa Pandemi COVID-19 yang mencakup strategi dan kegiatan yang direkomendasikan untuk meningkatkan cakupan imunisasi rutin di masa pandemi. Petunjuk teknis tersebut mengatur alur, jumlah sasaran per hari, dan protokol kesehatan yang perlu dilakukan untuk menghindari penularan COVID-19 di layanan imunisasi, keamanan imunisasi ganda, dan imunisasi kejar. Pembaharuan mikroplaning dan pembuatan janji temu merupakan kegiatan yang direkomendasikan dalam pelaksanaan imunisasi di masa pandemi. Selain itu, telah diterbitkan juga Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/12763/2021 tentang Panduan Operasional Upaya Kesehatan di Posyandu Dalam Adaptasi kebiasaan Baru Untuk Penerapan Masyarakat Produktif dan Aman CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) yang juga menjadi acuan dalam operasional posyandu pada masa pandemi.

2. Imunisasi Tambahan

Selain kegiatan imunisasi rutin, Indonesia juga telah melaksanakan beberapa kegiatan imunisasi tambahan sejak tahun 2000. Terbaru yaitu kegiatan Pekan Imunisasi Nasional Polio (tOPV) pada tahun 2016 di seluruh provinsi, kecuali DIY, dengan cakupan mencapai 96,5% secara nasional serta kegiatan pemberian imunisasi tambahan campak-rubela dengan target usia 9 bulan sampai dengan kurang dari 15 tahun yang dilaksanakan pada tahun 2017 untuk Pulau Jawa dengan cakupan 100,98% dan pada tahun 2018 untuk provinsi luar Pulau Jawa dengan cakupan 73,35%.

3. Hasil Penilaian Risiko Campak-Rubela

Penilaian risiko campak-rubela dilakukan tiap tahun dan hasilnya bersifat dinamis sesuai dengan kekebalan populasi, kualitas program surveilans, pelaksanaan program, penilaian ancaman dan penilaian teknis menggunakan “*Measles Risk Assessment WHO Tools*”. Penilaian risiko campak-rubela pada tahun 2020 menunjukkan 367 kabupaten/kota di 22 provinsi memiliki risiko sangat tinggi (warna merah tua) dan tinggi (warna merah) untuk transmisi campak dan rubela. Kondisi ini menunjukkan kebutuhan mendesak untuk memberikan imunisasi tambahan pada lokasi yang berisiko.



Gambar 1. Penilaian Risiko Campak Rubela Tahun 2020 per Provinsi

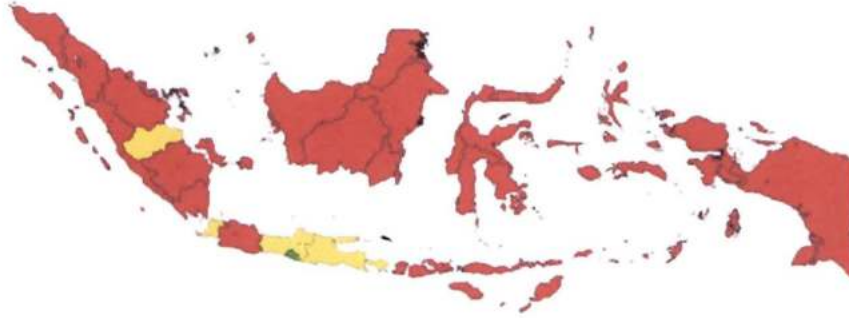
Penentuan usia target populasi untuk imunisasi tambahan campak-rubela ditentukan oleh analisa kesenjangan imunitas terhadap campak. Analisa dilakukan pada tingkat nasional dan provinsi menggunakan data cakupan imunisasi rutin tahun 2019 dan imunisasi tambahan 2017-2018. Profil imunitas campak di provinsi di luar Pulau Jawa menunjukkan kesenjangan imunitas terjadi di usia kurang dari 12 tahun.

Berdasarkan analisa epidemiologi, maka provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan Bali tidak perlu melakukan imunisasi tambahan campak-rubela di tahun 2022.

Selain meningkatkan imunitas target populasi secara cepat, pelaksanaan pemberian imunisasi tambahan juga bertujuan untuk memperkuat perencanaan dan pelaksanaan imunisasi rutin, terutama dalam perencanaan dan penjangkauan target populasi di daerah sulit.

4. Hasil Penilaian Risiko Polio

Penilaian risiko tahunan juga dilakukan terhadap polio dengan menggunakan “*WHO Polio Risk Assessment Tools*” menggunakan indikator suseptibilitas, kualitas program surveilans, fasilitas kontainmen dan pelaksanaan program. Penilaian pada tahun 2020 menunjukkan 28 provinsi dan 373 kabupaten/kota sebagai risiko tinggi penularan polio.



Gambar 2. Penilaian Risiko Polio Tahun 2020 per Provinsi

Salah satu indikator dalam penilaian suseptibilitas adalah cakupan IPV dimana 10,952,096 anak belum menerima satu dosis IPV pada periode 2016-2020. Hal ini mengakibatkan kerentanan anak-anak tersebut terhadap penularan tipe 2 virus polio yang perlindungannya didapat dari pemberian vaksin IPV. Mengingat kasus polio di dunia terbanyak diakibatkan oleh cVDPV2, termasuk di Malaysia dan Filipina pada tahun 2020, maka perlu dilakukan pemberian 1 dosis IPV kepada anak yang belum diimunisasi IPV pada anak usia dibawah 5 tahun sesegera mungkin.

5. Situasi Penyebaran Difteri



Gambar 3. Persebaran Kasus Difteri di Indonesia Tahun 2021

Pada tahun 2021, terdapat 96 kabupaten/kota dari 23 provinsi yang melaporkan kasus Difteri dengan total 235 kasus. Kasus tersebut mulai meningkat terutama sejak pertengahan tahun 2021. Case fatality rate (CFR) di tahun 2021 mengalami peningkatan 2 kali lipat dibandingkan tahun 2020 yaitu dari 5% menjadi 10.6%. Analisis sementara data tahun 2022, terjadi peningkatan CFR menjadi 11.8%. Data menunjukkan adanya penurunan cakupan imunisasi DPT-HB-HiB dan BIAS di tahun 2020-2021 yang terjadi di hampir seluruh wilayah yang kemudian diperkuat dengan sebaran usia kasus yang didominasi balita dan kelompok anak usia sekolah dasar. Dengan melihat data tersebut, maka Sebagian besar wilayah di Indonesia dapat dikategorikan memiliki risiko untuk terjadi KLB Difteri.

D. Rekomendasi Komite Ahli

Bulan Imunisasi Anak Nasional atau BIAN dilaksanakan dengan mempertimbangkan rekomendasi dan/atau kajian dari para ahli sebagai berikut:

1. Rekomendasi Komite Penasihat Ahli Imunisasi Nasional atau ITAGI dan Komite Verifikasi Nasional Eliminasi Campak-Rubela/CRS Indonesia terkait pelaksanaan imunisasi tambahan campak-rubela dalam rangka mewujudkan eliminasi campak dan rubela

Strategi eliminasi campak dan rubela yang direkomendasikan oleh ITAGI adalah *rapid Rubella control and CRS elimination*, dilakukan *catch up campaign* dengan syarat cakupan tinggi dan merata. Kegiatan ini diharapkan dapat menurunkan transmisi Rubela dan eliminasi CRS dengan cepat, serta jangka panjang mengurangi beban pembiayaan medis untuk CRS dan beban pendidikan khusus untuk anak disabilitas akibat kelainan bawaan pada infeksi Rubela. Pemberian imunisasi tambahan campak-rubela dapat dilaksanakan secara bertahap dengan rentang waktu tahun 2021-2023 dengan mempertimbangkan hasil penilaian risiko campak dan rubela dan situasi epidemiologi COVID-19 di masing-masing provinsi serta disesuaikan dengan kemampuan pemerintah pusat terkait penyediaan logistik dan pemerintah daerah sebagai pelaksana.

Komite Verifikasi Nasional Eliminasi Campak-Rubela/CRS Indonesia telah mengeluarkan rekomendasi bahwa dengan mempertimbangkan dampak COVID-19 maka eliminasi campak dan rubela/CRS Indonesia sebaiknya tetap dilaksanakan sesuai target SEARO dengan penyesuaian tahapan regional. Adapun untuk mempercepat pencapaian target eliminasi campak dan rubela/CRS di Indonesia, salah satunya dilakukan melalui upaya penguatan imunisasi rutin campak-rubela dosis 1 dan 2 dengan cakupan minimal 95% serta mempertimbangkan pelaksanaan imunisasi tambahan campak-rubela secara bertahap dengan penetapan target kelompok umur berdasarkan gambaran tingkat kekebalan (*immunity profile*) terbaru dan melihat perkembangan cakupan imunisasi rutin campak-rubela selama tahun 2020 yang terdampak oleh pandemi COVID-19.

2. Rekomendasi ITAGI terkait pelaksanaan imunisasi kejar polio suntik dosis pertama atau IPV1

Indonesia dan negara-negara lain di *South East Asia Region* (SEARO) telah mendapatkan sertifikat bebas polio dari WHO pada Maret 2014. Namun demikian, Indonesia harus tetap melaksanakan berbagai upaya untuk mempertahankan status Indonesia Bebas Polio dan berkontribusi mewujudkan Dunia Bebas Polio pada tahun 2026. Salah satu upaya tersebut adalah menutup kesenjangan imunitas melalui upaya imunisasi kejar.

Dalam kajiannya, ITAGI merekomendasikan agar dilaksanakan upaya imunisasi kejar IPV1 bagi bayi dan anak yang telah terlewat jadwal pemberian imunisasi IPV1 untuk menutup kesenjangan imunitas dan memberikan perlindungan terhadap virus polio tipe 2.

3. Rekomendasi Komite Ahli Penanggulangan Difteri

Sehubungan dengan adanya peningkatan kasus serta Kejadian Luar Biasa difteri di beberapa wilayah, maka Komite Ahli Penanggulangan Difteri merekomendasikan untuk dilaksanakannya imunisasi kejar guna menutup kesenjangan imunitas terutama pada anak usia kurang dari 5 tahun (balita) serta *Outbreak Response Immunization* bagi daerah yang mengalami KLB menggunakan jenis vaksin yang sesuai dengan usia sasaran.

BAB III

PERSIAPAN BULAN IMUNISASI ANAK NASIONAL

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mencapai dan mempertahankan kekebalan populasi yang tinggi dan merata sebagai upaya mencegah terjadinya KLB PD3I

2. Tujuan Khusus

- a. Menghentikan transmisi virus campak dan rubela setempat (*indigenous*) di semua kabupaten/kota di wilayah Indonesia pada tahun 2023 dan mendapatkan sertifikasi eliminasi campak dan rubela/CRS pada tahun 2026 dari SEARO.
- b. Mempertahankan Indonesia Bebas Polio dan mewujudkan eradikasi polio global pada tahun 2026
- c. Mengendalikan penyakit difteri dan pertusis

B. Tempat Pelaksanaan

Kegiatan BIAN dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Puskesmas, Puskesmas pembantu;
2. Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta, Rumah Sakit/klinik TNI dan POLRI;
3. Klinik, Praktik Dokter Swasta, Tempat Praktik Mandiri Bidan; dan
4. Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya

Selain di fasilitas pelayanan kesehatan, BIAN juga dapat dilakukan di pos pelayanan imunisasi dengan menerapkan protokol kesehatan. Pos pelayanan imunisasi tersebut dapat berupa:

1. Pos pelayanan di sekolah atau satuan pendidikan maupun pesantren
2. Pos pelayanan komunitas seperti di Posyandu, lapangan, *drive thru* (layanan tanpa turun), pelaksanaan imunisasi mobile dengan memanfaatkan mobil Puskesmas keliling atau pelayanan kesehatan bergerak lainnya, dan pasar (disesuaikan dengan situasi di daerah masing-masing)

C. Waktu dan Mekanisme Pelaksanaan

1. Waktu Pelaksanaan

Pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Nasional dibagi dalam dua tahap.

- a. Tahap I dilaksanakan mulai bulan Mei tahun 2022 bagi seluruh provinsi di pulau Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku dan Papua.
- b. Tahap II dilaksanakan mulai bulan Agustus tahun 2022 bagi provinsi di pulau Jawa dan provinsi Bali.

2. Sasaran Pelaksanaan

Sasaran pelaksanaan BIAN adalah sebagai berikut:

- a. Sasaran imunisasi tambahan campak-rubela adalah:
 - Provinsi Aceh, Riau, Kepulauan Riau, Sumatera Utara, dan Sumatera Barat adalah anak usia 9 (sembilan) bulan sampai dengan kurang dari 15 (lima belas) tahun;
 - Provinsi Bengkulu, Jambi, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Lampung, seluruh provinsi di Pulau Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku, dan Papua adalah anak usia 9 (sembilan) bulan sampai dengan kurang dari 12 (dua belas) tahun;
 - Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur adalah anak usia 9 (sembilan) bulan sampai dengan 59 (lima puluh sembilan) bulan.
- b. Sasaran imunisasi kejar adalah anak usia 12 (dua belas) bulan sampai dengan 59 (lima puluh sembilan) bulan di seluruh provinsi yang tidak atau belum lengkap mendapatkan imunisasi OPV, imunisasi IPV, dan imunisasi DPT-HB-Hib.

Provinsi Bali dan DIY tidak melaksanakan pemberian imunisasi tambahan campak-rubela, namun tetap melaksanakan imunisasi kejar

3. Mekanisme Pelaksanaan

Pelaksanaan BIAN dilakukan selama 30 hari kerja dengan mekanisme sebagaimana dijelaskan pada Tabel 1.

Tabel 1. Waktu dan Mekanisme Persiapan dan Pelaksanaan BIAN

Tahap I			Tahap II		
April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
Pendataan sasaran imunisasi tambahan Campak-Rubela	Pemberian imunisasi tambahan Campak-Rubela	Sweeping dan pemberian imunisasi tambahan Campak-Rubela untuk anak yang belum mendapatkan	Pendataan sasaran imunisasi tambahan Campak-Rubela	Pemberian imunisasi tambahan Campak-Rubela	Sweeping dan pemberian imunisasi tambahan Campak-Rubela untuk anak yang belum mendapatkan
Identifikasi sasaran imunisasi kejar	Pelaksanaan imunisasi kejar	Pelaksanaan imunisasi kejar (kegiatan masih dapat dilanjutkan pada bulan berikutnya sesuai interval)	Identifikasi sasaran imunisasi kejar	Pelaksanaan imunisasi kejar	Pelaksanaan imunisasi kejar (kegiatan masih dapat dilanjutkan pada bulan berikutnya sesuai interval)
		<i>Rapid Convenience Assessment (RCA) terintegrasi</i>			<i>Rapid Convenience Assessment (RCA) terintegrasi</i>

D. Strategi Pelaksanaan

Strategi pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Nasional di masa pandemi COVID-19 perlu melibatkan berbagai pihak untuk mengidentifikasi/mendata sasaran, melakukan sosialisasi, edukasi dan memobilisasi sasaran serta mendukung penyelenggaraan layanan imunisasi. Berikut adalah strategi yang dapat diterapkan:

1. Bekerja sama dengan kepala desa, ketua RT/RW, guru dan kepala sekolah, kader posyandu dan dasawisma setempat untuk mengumpulkan data sasaran, mengidentifikasi lokasi pos imunisasi baru, menyebarkan media KIE yang berisi manfaat, lokasi dan waktu pelayanan dan kegiatan penggerakan masyarakat lainnya
2. Melakukan promosi Bulan Imunisasi Anak Nasional terintegrasi dengan promosi imunisasi rutin dan vaksinasi COVID-19

3. Menyelenggarakan layanan imunisasi dengan memanfaatkan layanan imunisasi yang telah tersedia, seperti Posyandu, Puskesmas pembantu (pustu), dan Puskesmas serta membuka pos imunisasi baru baik dalam dan luar ruangan pada lokasi-lokasi strategis.
4. Untuk sasaran yang bersekolah, agar mengoptimalkan pelayanan imunisasi di sekolah/satuan pendidikan, namun apabila sekolah/satuan Pendidikan belum menyelenggarakan Pembelajaran Tatap Muka maka pelayanan bisa dilakukan di pos pelayanan komunitas.
5. Advokasi kepada pemerintah daerah, tokoh agama, tokoh masyarakat.
6. Melibatkan organisasi profesi seperti PB IDI, PP IDAI, IBI, PPNI, dan organisasi profesi lainnya.
7. Melibatkan organisasi keagamaan dan kemasyarakatan seperti MUI, PBNU, Muhammadiyah, PGI, Walubi, PHDI, KWI, PMI, PKK, Karang Taruna dan organisasi keagamaan dan kemasyarakatan lainnya.
8. Melibatkan organisasi atau lembaga yang menangani anak dengan kebutuhan khusus seperti Kementerian Perlindungan Anak (KPPA), Kementerian dan Dinas Sosial, Sekolah Luar Biasa (SLB), dan Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA).

E. Pembiayaan

Pembiayaan kegiatan Bulan Imunisasi Anak Nasional ini bersumber dari APBN (Dekonsentrasi, DAK non fisik/BOK), APBD, dan sumber lain yang sah.

F. Mikroplaning

Dalam penyusunan mikroplaning kegiatan BIAN dibutuhkan data sebagai berikut:

1. Data sasaran
2. Peta wilayah kerja, yang memuat informasi mengenai batas-batas wilayah, kondisi geografis (wilayah yang mudah dijangkau dan sulit dijangkau), dan lokasi fasilitas pelayanan kesehatan atau pos pelayanan imunisasi yang sudah ada serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya serta lokasi-lokasi yang berpotensi dijadikan pos pelayanan imunisasi baru

3. Inventarisasi peralatan rantai dingin, meliputi jumlah dan kondisi *cold chain* (untuk penyimpanan dan distribusi vaksin) yang ada saat ini
4. Jumlah kebutuhan vaksin dan logistik yaitu ADS, safety box, dropper, serta logistik lainnya seperti perlengkapan anafilaktik, Alat Pelindung Diri (APD) dan media KIE
5. Jumlah tempat pelayanan imunisasi yang tersedia, yaitu Posyandu, Puskesmas, Puskesmas pembantu, rumah sakit, klinik, Pos Pelayanan Imunisasi di Sekolah/Madrasah/Pesantren, dan pos pelayanan imunisasi lainnya baik dalam gedung maupun luar gedung
6. Jumlah tenaga kesehatan pelaksana imunisasi yang tersedia, yang terdiri dari dokter, bidan, dan perawat
7. Jumlah tenaga pengawas/supervisor yang tersedia
8. Jumlah tenaga guru yang dibutuhkan (untuk pelaksanaan di sekolah)
9. Jumlah tenaga kader yang tersedia
10. Jumlah tenaga medis yang tersedia untuk melakukan penanganan apabila terjadi kasus KIPI, baik dokter pemerintah (PNS) maupun swasta
11. Jumlah rumah sakit rujukan untuk menangani kasus KIPI

Mikroplaning sebaiknya disiapkan sekurang-kurangnya 6 (enam) minggu sebelum pelaksanaan kegiatan dan ditinjau ulang 2 (dua) minggu sebelum pelaksanaan.

Mikroplaning disusun bersama oleh pengelola program imunisasi, pengelola logistik, penanggung jawab kegiatan BIAN beserta pengelola program lain yang terkait. Hal-hal yang perlu didiskusikan dan disepakati bersama yaitu:

1. Identifikasi kekurangan peralatan rantai dingin dan logistik lainnya di tingkat provinsi, kabupaten/kota, maupun Puskesmas, serta upaya mengatasi jika terjadi kekurangan
2. Penetapan jumlah tempat pelayanan imunisasi yang akan dibuka dan di mana saja lokasinya

3. Jumlah tenaga pelaksana imunisasi, supervisor, tenaga medis untuk penanganan KIPI serta guru dan kader yang masih dibutuhkan dan solusi apa yang akan diambil apabila jumlah yang tersedia masih kurang
 4. Waktu dan tempat pelaksanaan kegiatan pelatihan/sosialisasi bagi petugas kesehatan, kader dan guru, sosialisasi kepada lintas program dan lintas sektor, komite sekolah, serta pertemuan koordinasi lainnya
 5. Rencana waktu pelaksanaan pelayanan imunisasi, terutama di daerah perkotaan, termasuk tempat pelayanan imunisasi dapat dibuka pada sore hari untuk menjangkau anak-anak yang ibu/orang tua nya bekerja yang tidak dapat membawa anaknya ke pos pelayanan imunisasi pada siang hari
 6. Rencana khusus untuk menjangkau anak-anak yang tidak datang ke pelayanan imunisasi karena sedang sakit atau bepergian. Rencana khusus untuk menjangkau anak-anak terlantar dan anak usia sekolah yang tidak bersekolah berkoordinasi dengan relawan dandinas sosial
 7. Rencana khusus untuk menjangkau anak-anak berkebutuhan khusus
 8. Estimasi kebutuhan vaksin dan logistik lainnya serta rencana pendistribusiannya
 9. Rencana pengolahan limbah medis
 10. Rencana penanganan dan penatalaksanaan kasus KIPI
-
1. Perhitungan dan Pendataan Sasaran
 - a. Data Sasaran Imunisasi Tambahan Campak-Rubela
 - 1) Perhitungan Estimasi Sasaran
Jumlah estimasi sasaran dihitung berdasarkan data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan tahun 2022.

2) Pendataan Sasaran

Tiga atau empat minggu sebelum pelaksanaan dimulai, pengelola imunisasi provinsi/ kabupaten/kota berkoordinasi dengan Dinas Pendidikan, Kanwil Kementerian Agama, dan Dinas Sosial untuk mendapatkan data anak sekolah sebagai data sasaran imunisasi campak-rubela. Data ini kemudian dikonfirmasi oleh petugas Puskesmas dengan mendatangi sekolah atau satuan pendidikan untuk mendapat daftar murid dan tanggal lahir dari Kepala Sekolah/guru. Untuk data sasaran anak balita dan anak usia < 5 tahun yang tidak sekolah, petugas Puskesmas dibantu oleh kader melakukan kunjungan rumah ke rumah untuk mendata seluruh sasaran bekerja sama dengan kepala desa, ketua RT/RW, Tim Penggerak PKK, kader kesehatan dan kelompok dasawisma setempat.

b. Data Sasaran Imunisasi Kejar

- 1) Identifikasi sasaran dilakukan dengan memanfaatkan buku kohort/register imunisasi/buku KIA/catatan imunisasi lainnya. Petugas dapat melihat data buku kohort/register imunisasi/buku KIA/catatan imunisasi lainnya, kemudian temukanlah catatan anak usia < 5 tahun yang tidak / belum lengkap mendapatkan imunisasi dasar maupun lanjutan.
- 2) Petugas pengelola program imunisasi juga dapat berkoordinasi dengan petugas pendata puskesmas (PIS-PK) dan tim KIA puskesmas untuk mendapatkan data sasaran yang belum mendapatkan imunisasi lengkap dan tidak tercatat di kohort imunisasi Puskesmas. Jika masih ditemukan sasaran seperti tersebut diatas, maka dapat dilakukan pendataan ulang sesuai dengan kesepakatan di lokasi wilayah binaan puskesmas bekerjasama dengan kepala desa, ketua RT/RW, Tim Penggerak PKK, kader kesehatan dan kelompok dasawisma setempat.

c. Verifikasi Data Sasaran Individu Imunisasi Tambahan Campak Rubela dan Imunisasi Kejar

- 1) Data sasaran individu didapatkan dari database setiap Puskesmas yang dapat diakses melalui dashboard pada laman berikut <http://sehatindonesiaku.kemkes.go.id/>
- 2) Setiap Puskesmas akan diberikan akses pada dashboard dan menunjuk petugas untuk melakukan verifikasi data sasaran pada database.
- 3) Petugas melakukan verifikasi data sasaran pada database dengan mekanisme sebagai berikut:
 - a. Menyiapkan daftar data sasaran hasil pendataan pada format mikroplaning
 - b. Mengakses database yang ada di dashboard untuk mencocokkan data sasaran hasil pendataan dengan data sasaran yang ada dalam database dengan melakukan pencarian berdasarkan nama, tanggal lahir dan NIK
- 4) Apabila informasi identitas sasaran sudah benar dan dianggap sebagai sasaran BIAN Puskesmas, lakukan verifikasi, kemudian lengkapi informasi lainnya, seperti: alamat lengkap, dan input jenis imunisasi yang akan diberikan pada saat BIAN
- 5) Apabila terdapat sasaran yang belum masuk di dalam database Puskesmas di dashboard, petugas dapat menambahkan data sasaran dengan menginput identitas anak melalui dashboard.
- 6) Petugas puskesmas harus memastikan seluruh data sasaran imunisasi per individu tercatat di dalam dashboard sehingga dapat terhubung dengan data sasaran pada aplikasi SehatIndonesiaku (ASIK).
- 7) Setiap data sasaran yang sudah terverifikasi akan mendapatkan nomor IHS (*Indonesia Health Service*) yang dapat digunakan pada saat mengakses layanan kesehatan selanjutnya.
- 8) Cara penggunaan dashboard dapat dilihat lebih lanjut pada Buku Panduan yang dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>.

2. Perhitungan Kebutuhan Vaksin dan Logistik

a. Perhitungan Kebutuhan Vaksin

Untuk menghitung kebutuhan vaksin diperlukan data jumlah sasaran, target cakupan, IP vaksin dan jumlah dosis yang diberikan terhadap kelompok sasaran yang sudah ditentukan.

$$\text{Kebutuhan} = \left\{ \frac{\text{Jumlah sasaran} \times \text{Jumlah Pemberian} \times \text{target cakupan}}{\text{IP Vaksin}} \right\} - \text{siswa stok}$$

IP vaksin pada pelaksanaan imunisasi massal, seperti pada Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), imunisasi tambahan seperti ORI, Sub PIN, PIN dan lain-lain lebih besar dari pada pelayanan imunisasi rutin.

Tabel 2. IP Vaksin Untuk Perhitungan Kebutuhan Vaksin
Dalam Rangka Kegiatan BIAN

No	Jenis vaksin	Jumlah dosis/vial	IP
1	OPV	10	8
2	DPT-HB-Hib	5	4
3	IPV	5	4
4	Campak-Rubela	10	8

b. Perhitungan Kebutuhan Logistik Lainnya

1) Kebutuhan *Auto Disable Syringe* (ADS) dihitung sebagai berikut:

$$\text{Kebutuhan ADS 5 ml} = \text{jumlah vial vaksin Campak-Rubela} + 1\% \text{ cadangan}$$

$$\text{Kebutuhan ADS 0,5 ml} = \text{jumlah sasaran} + 1\% \text{ cadangan}$$

2) Kebutuhan *safety box* dihitung sebagai berikut:

$$\text{Safety box ukuran 2,5 L} = \text{Jumlah ADS} / 50$$

$$\text{Safety box ukuran 5 L} = \text{Jumlah ADS} / 100$$

3) Perhitungan Kebutuhan Perlengkapan Anafilaktik

Perlengkapan anafilaktik merupakan komponen penting dalam pelayanan imunisasi sebagai antisipasi terjadinya KIPI serius (syok anafilaktik). Setiap tempat pelayanan imunisasi harus menyediakan minimal 1 set perlengkapan anafilaktik sehingga jumlah kebutuhan perlengkapan anafilaktik disesuaikan dengan jumlah tempat pelayanan imunisasi.

4) Perhitungan Kebutuhan Pen Marker

Satu buah pen marker dapat digunakan untuk 100 orang sasaran.

$$\text{Pen marker} = \text{Jumlah sasaran} / 100$$

Keberhasilan pelaksanaan BIAN sangat bergantung pada perencanaan ketersediaan vaksin dan logistik yang baik, yaitu:

- memastikan ketersediaan vaksin dan logistik lainnya di setiap tingkatan sesuai dengan waktu yang dijadwalkan
- penyusunan rencana distribusi yang detail yang menjelaskan kapan dan bagaimana vaksin dan logistik didistribusikan ke setiap tingkatan administrasi: dari provinsi ke kabupaten/ kota, dari kabupaten/kota ke Puskesmas dan dari Puskesmas ke fasilitas pelayanan kesehatan lain serta pos pelayanan imunisasi
- penyusunan rencana khusus untuk daerah-daerah yang sulit dijangkau termasuk waktu distribusi vaksin ke daerah sulit tersebut

3. Perhitungan Tenaga Pelaksana

Kebutuhan tenaga pelaksana bervariasi pada setiap pos pelayanan, dapat dihitung dengan pendekatan jumlah pos pelayanan imunisasi dibagi dengan jumlah sasaran:

- a. Untuk pelayanan di puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan dan pos pelayanan komunitas, satu orang tenaga kesehatan diperkirakan mampu memberikan pelayanan imunisasi sekitar 50 sasaran per hari. Untuk pelayanan di sekolah atau satuan pendidikan, satu orang tenaga kesehatan diperkirakan mampu memberikan pelayanan sekitar 100 sasaran per hari.

- b. Setiap pos pelayanan dibantu oleh kurang lebih 3 (tiga) orang kader/guru yang bertugas untuk: (1) menggerakkan sasaran/orangtua untuk datang ke pos pelayanan imunisasi; (2) mengatur alur pelayanan imunisasi di pos pelayanan; (3) mencatat hasil imunisasi; dan (4) memberi tanda/marker pada kuku dan kulit sekitar pangkal kuku jari kelingking kiri anak yang sudah mendapat imunisasi tambahan campak-rubela.



Gambar 4. Contoh Pemberian Marker Pada Sasaran (Dokumentasi Kegiatan Kampanye Imunisasi Campak-Rubela Tahun 2017-2018)

- c. Setiap 3-5 pos pelayanan imunisasi dikoordinir oleh satu orang supervisor untuk memastikan pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Nasional berjalan dengan baik. Supervisor juga bertugas memantau kecukupan logistik dan KIPI

Perlu diinventarisasi juga tenaga yang dapat membantu pelaksanaan di pos pelayanan, seperti:

- a. tenaga kesehatan (perawat, bidan dan dokter) yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan lain untuk melakukan penyuntikan
- b. tenaga kesehatan yang sedang tugas belajar di institusi pendidikan kesehatan (sekolah tinggi keperawatan, sekolah tinggi kebidanan dan Fakultas Kedokteran) untuk membantu pelayanan selain penyuntikan seperti menyiapkan vaksin, membantu pelarutan vaksin, meneteskan vaksin polio oral (OPV), mencatat penggunaan vaksin dan logistik dan/atau edukasi kesehatan.

4. Pemetaan dan Penyusunan Jadwal Kegiatan

Sebelum menyusun jadwal kegiatan, petugas perlu mengetahui wilayah kerjanya dengan baik. Kabupaten/kota harus menginventarisasi daerah (kecamatan, Puskesmas, dan desa termasuk sekolah) di wilayahnya berdasarkan tingkat kesulitannya. Hal ini akan membantu dalam menentukan strategi pelaksanaan sehingga semua sasaran dapat dijangkau. Setelah dilakukan pemetaan, tentukan tanggal dan lamanya pelaksanaan tiap tempat pelayanan serta petugas kabupaten yang bertanggung jawab sebagai supervisor dan nama-nama tim ditempat pelayanan imunisasi.

5. Kegiatan Orientasi/Peningkatan Kapasitas

Sasaran kegiatan orientasi di tingkat:

- a. Provinsi, yaitu TP UKS, petugas pengelola program imunisasi, petugas pengelola program gizi dan kesehatan ibu dan anak (Gizi KIA) serta petugas pengelola vaksin tingkat kabupaten/kota
- b. Kabupaten/kota, adalah TP UKS, petugas pengelola program imunisasi, petugas pengelola program Gizi KIA serta petugas pengelola vaksin tingkat Puskesmas
- c. Puskesmas yaitu para petugas kesehatan seperti dokter, bidan dan perawat yang ditunjuk sebagai vaksinator pada pelaksanaan BIAN, kader, kepala sekolah dan guru serta petugas pendukung lainnya

Metode orientasi dapat dilakukan secara bauran (*blended*) yaitu kombinasi secara tatap mukadan daring.

Materi orientasi meliputi:

- a. Tujuan dan strategi pelaksanaan BIAN
- b. Waktu dan mekanisme pelaksanaan BIAN
- c. Kelompok usia sasaran
- d. Penyusunan mikroplaning, meliputi perhitungan dan pendataan sasaran, perhitungan kebutuhan vaksin dan logistik, perhitungan tenaga pelaksana, serta pemetaan dan penyusunan jadwal kegiatan
- e. Pengelolaan vaksin dan rantai dingin vaksin
- f. Penyelenggaraan pelayanan di tempat pelayanan imunisasi
- g. Teknik penyuntikan yang aman
- h. Keamanan vaksin
- i. Pencatatan dan pelaporan hasil pelaksanaan BIAN

- j. Pengelolaan limbah medis imunisasi
- k. Surveilans KIPI
- l. Monitoring dan supervisi pelaksanaan BIAN
- m. Promosi Kesehatan
- n. Panduan pelaksanaan pelayanan imunisasi pada era adaptasi kebiasaan baru
- o. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi pada masa pandemi COVID-19

G. Pembentukan Kelompok Kerja Bulan Imunisasi Anak Nasional

Pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Nasional membutuhkan upaya total dari seluruh komponen pemerintah daerah dan masyarakat, sehingga perlu dibentuk suatu Panitia/Komite/Kelompok Kerja yang akan bertanggung jawab terhadap keseluruhan proses pelaksanaan BIAN di masing-masing provinsi dan kabupaten/kota.

Panitia/Komite/Kelompok Kerja ini bertugas untuk merencanakan, mengelola, dan memantau seluruh kegiatan dalam rangka pelaksanaan BIAN. Tim ini beranggotakan perwakilan dari lintas program dan lintas sektor terkait serta organisasi profesi dan organisasi masyarakat yang dibagi ke dalam lima bidang yaitu bidang perencanaan, logistik, pelaksanaan, komunikasi serta monitoring dan evaluasi.

Kelompok Kerja ini dapat direaktivasi dari Kelompok Kerja Eliminasi Campak-Rubella atau kelompok Kerja Eradikasi Polio yang sudah ada sebelumnya dengan memperluas tugas-tugas sesuai dengan tujuan BIAN.

Tugas dan tanggung jawab Panitia/Komite/Kelompok Kerja per bidang yaitu sebagai berikut:

1. Bidang Perencanaan

- Melakukan analisis situasi meliputi sasaran, tenaga, sarana-prasarana yang dibutuhkan dan kondisi geografis
- Menyusun rencana anggaran pelaksanaan BIAN dan memastikan ketersediannya
- Menyusun rencana dan jadwal kegiatan pelaksanaan BIAN

2. Bidang Logistik
 - Menyusun perhitungan kebutuhan vaksin dan logistik serta rencana distribusinya
 - Melakukan koordinasi dan pemantauan proses distribusi (pengambilan atau pengiriman) vaksin dan logistik lainnya
3. Bidang Pelaksanaan
 - Melaksanakan kegiatan sosialisasi dan orientasi pelaksanaan BIAN
 - Melakukan koordinasi dan kerja sama dengan lintas program dan lintas sektor
4. Bidang Komunikasi
 - Mengembangkan materi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) BIAN dengan mempertimbangkan muatan lokal
 - Melakukan upaya promosi kesehatan meliputi advokasi dan penggerakan masyarakat
 - Melakukan koordinasi dan kerja sama dengan media dalam rangka publikasi kegiatan BIAN
 - Melakukan dokumentasi kegiatan
5. Bidang Monitoring dan Evaluasi
 - Menyusun jadwal rencana monitoring dan evaluasi
 - Melakukan pemantauan pra-pelaksanaan, proses pelaksanaan, dan pasca pelaksanaan
 - Melakukan pemantauan terhadap proses pencatatan dan pelaporan secara berjenjang
 - Mengumpulkan data, melakukan analisa hasil kegiatan BIAN dan membuat umpan balik

H. Promosi Kesehatan

1. Advokasi

Upaya advokasi dilakukan dalam rangka menggalang komitmen, dukungan yang konkrit serta partisipasi aktif dari pemimpin daerah tingkat provinsi (gubernur), pemimpin daerah tingkat kabupaten/kota (bupati/walikota), dan pimpinan serta anggota DPRD tingkat provinsi dan kabupaten/kota, para pembuat keputusan dari lintas sektor terkait (seperti Bappeda, Dinas Pendidikan, Kanwil Kementerian Agama, Dinas Sosial, TNI/POLRI, Majelis Ulama Indonesia, Dewan Mesjid Indonesia, dll), tokoh masyarakat, tokoh agama, para ketua organisasi profesi kesehatan, organisasi masyarakat, para pimpinan media cetak dan elektronik lokal, serta pihak lainnya seperti LSM kesehatan.

Pertemuan-pertemuan advokasi dalam rangka menggalang komitmen, dukungan yang konkret serta partisipasi aktif dari seluruh pihak terkait (pimpinan daerah, sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat, dharma wanita, ketua TP PKK, Bunda PAUD, organisasi masyarakat seperti Aisyiyah, Muslimat NU, Perdhaki, dan organisasi keagamaan lainnya) dilaksanakan baik di provinsi, kabupaten/kota maupun Puskesmas. Pada saat pertemuan dijelaskan mengenai tujuan dilaksanakannya BIAN dan diberikan materi/informasi terkait pelaksanaannya kepada seluruh peserta yang hadir. Kegiatan pertemuan ini sebaiknya dilaksanakan sebelum dilakukan penyusunan mikroplaning.

2. Penggerakan Masyarakat

Upaya penggerakan masyarakat dilakukan melalui strategi komunikasi interpersonal yang baik, didukung oleh media massa dan kegiatan lainnya yang bertujuan menyosialisasikan BIAN kepada masyarakat. Tujuan kegiatan penggerakan masyarakat ini adalah agar masyarakat sadar dan datang mendapatkan pelayanan imunisasi selama masa pelaksanaan BIAN.

Sasaran penggerakan masyarakat dalam rangka BIAN adalah para orang tua, sekolah/madrasah/pesantren, kelompok sosial kemasyarakatan, tokoh masyarakat, tokoh agama, dharma wanita, TP PKK, PAUD, organisasi keagamaan (seperti Aisyiyah, Muslimat NU, Perdhaki, dan organisasi keagamaan lainnya), organisasi profesi kesehatan, dan LSM setempat. Petugas kesehatan di setiap tingkatan administrasi bertanggung jawab dalam memantau proses mobilisasi ini berjalan sesuai yang diharapkan.

Dalam rangka melakukan upaya mobilisasi masyarakat yang efektif, maka pemerintah daerah/dinas kesehatan harus menetapkan saluran informasi resmi sebagai sumber informasi. Selain itu, dapat memanfaatkan media komunikasi lainnya seperti:

- a. Media sosial, misalnya Instagram, Facebook, WhatsApp, Twitter, Youtube, TikTok, dan media sosial lainnya

Akun Media Sosial Kementerian Kesehatan RI:

IG: @kemenkes_ri

Twitter: @kemenkesRI

FB: Kementerian Kesehatan RI

Yt: Kementerian Kesehatan RI

TikTok: @kemenkesRI

- b. Media cetak dan elektronik

Tentukan media apa yang akan digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan komunikasi mengenai kegiatan Bulan Imunisasi Anak Nasional, misalnya TV spot, *radio spot*, layanan SMS *gateway*, koran, buletin, dan lain-lain

- c. Media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) cetak seperti leaflet, brosur, banner, poster, spanduk, dan lainnya digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan komunikasi mengenai kegiatan BIAN kepada masyarakat/ orang tua dan sekolah-sekolah. Untuk penyampaian pesan kepada tokoh masyarakat dan tokoh agama dapat dipilih media KIE yang berisi informasi yang lebih mendetail, berisi tentang latarbelakang, alasan, serta tujuan dari pelaksanaan BIAN ini. Materi KIE juga dapat dimasukkan ke dalam materi dalam kegiatan-kegiatan keagamaan dan pendidikan.

- d. Penggunaan *megaphone/loudspeaker* dapat digunakan untuk menyosialisasikan BIAN dan mengajak masyarakat untuk membawa anak-anak yang menjadi kelompok sasaran agar datang ke pos pelayanan imunisasi dan mendapatkan imunisasi. Sosialisasi penggunaan *megaphone/loudspeaker* ini juga dapat dilakukan pada siang atau sore hari setelah pelayanan di pos pelayanan imunisasi untuk menjaring sasaran yang tidak datang ke pos pelayanan imunisasi pada pagi harinya
- e. Pertemuan sosialisasi Komite Sekolah dan kelas *parenting/pengasuhan* tentang BIAN dapat disampaikan pada saat pertemuan komite sekolah, penerimaan rapor atau pertemuan penerimaan peserta didik baru, serta pada pertemuan kelas *parenting/pengasuhan*
- f. Kegiatan Pencanaan
Kegiatan perencanaan dilakukan dengan tujuan untuk memberikan informasi mengenai kegiatan BIAN kepada masyarakat luas dengan melibatkan pimpinan daerah, para pembuat keputusan, tokoh masyarakat, tokoh agama dan pihak lintas sektor terkait lainnya. Kegiatan perencanaan dapat dilaksanakan di tingkat provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan desa/kelurahan

I. Monitoring Kesiapan

Monitoring kesiapan BIAN dilaksanakan mulai 6 (enam) minggu sebelum pelaksanaan BIAN dimulai, dan diulang pada 4 (empat) dan 2 (dua) minggu sebelum pelaksanaan di tingkat provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas. Kegiatan ini meliputi penilaian terhadap:

1. Perencanaan, koordinasi dan pendanaan
2. Advokasi, sosialisasi, komunikasi, dan mobilisasi
3. Ketersediaan sumber daya manusia
4. Ketersediaan dan rencana distribusi vaksin, rantai dingin, dan logistik lain seperti perlengkapan anafilaktik dan APD
5. Rencana monitoring dan supervisi

Format agar diisi secara elektronik melalui tautan sebagai berikut:

1. Untuk tingkat provinsi, dengan tautan
https://bit.ly/KesiapanBIAN_Provinsi
2. Untuk tingkat kabupaten/kota, dengan tautan
https://bit.ly/KesiapanBIAN_Kako
3. Untuk tingkat puskesmas, dengan tautan
https://bit.ly/KesiapanBIAN_Puskesmas

Hasil penilaian ini dapat dilihat pada dashboard dengan tautan <http://sehatindonesiaku.kemkes.go.id/>. Penilaian ini juga dapat dilakukan secara manual menggunakan Daftar Tilik Kesiapan yang dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>.

Monitoring kesiapan sebaiknya juga dilakukan secara mandiri (*self-assessment*).

BAB IV PELAKSANAAN BULAN IMUNISASI ANAK NASIONAL

Pelaksanaan atau implementasi Bulan Imunisasi Anak Nasional meliputi mekanisme dan alur pelayanan, penyiapan vaksin dan logistik, peran petugas kesehatan, guru dan kader, penyuntikan yang aman, pemberian imunisasi ganda, pengelolaan limbah serta pencatatan dan pelaporan.

A. Mekanisme dan Alur Pelayanan

Pelayanan imunisasi dapat dilaksanakan dengan persyaratan ketat seperti menerapkan protokol kesehatan. Pelayanan imunisasi di tempat pelayanan mengikuti Petunjuk Teknis Pelayanan Imunisasi Pada Masa Pandemi.

1. Ketentuan Ruang/Tempat Pelayanan Imunisasi:

Diselenggarakan sesuai protokol kesehatan:

- a. Menggunakan ruang/tempat yang cukup besar dengan sirkulasi udara yang baik (dapat juga mendirikan tenda di lapangan terbuka). Apabila menggunakan kipas angin, letakkan kipas angin di belakang petugas kesehatan agar arah aliran udara kipas angin mengalir dari tenaga kesehatan ke sasaran imunisasi
- b. Memastikan ruang/tempat pelayanan imunisasi bersih dengan membersihkan sebelum dan sesudah pelayanan dengan cairan disinfektan
- c. Tersedia fasilitas mencuci tangan pakai sabun dan air mengalir atau *hand sanitizer*
- d. Atur meja pelayanan antar petugas agar menjaga jarak aman 1-2 meter
- e. Ruang/tempat pelayanan imunisasi hanya untuk melayani anak yang sehat
- f. Jika memungkinkan sediakan jalan masuk dan keluar yang terpisah bagi orang tua atau pengantar. Apabila tidak tersedia, atur agar sasaran imunisasi dan pengantar keluar dan masuk bergantian

g. Sediakan tempat duduk bagi sasaran imunisasi dan orang tua atau pengantar untuk menunggu sebelum dan 30 menit sesudah imunisasi dengan jarak aman antar tempat duduk 1–2 meter. Atur agar tempat/ruang tunggu sasaran yang sudah dan sebelum imunisasi terpisah. Jika memungkinkan tempat untuk menunggu 30 menit sesudah imunisasi di tempat terbuka

2. Ketentuan Waktu Pelayanan Imunisasi:

- a. Tentukan jadwal hari atau jam pelayanan khusus imunisasi dalam rangka kegiatan BIAN di tempat pelayanan
- b. Jam layanan tidak perlu lama dan batasi jumlah sasaran yang dilayani dalam satu kali sesi pelayanan. Jika jumlah sasaran banyak, maka dibagi menjadi beberapa kali sesi pelayanan agar tidak terjadi penumpukan atau kerumunan orang
- c. Koordinasi dengan lintas program lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan lain bersamaan dengan imunisasi campak-rubela jika memungkinkan
- d. Informasikan nomor telepon petugas kesehatan atau kader yang dapat dihubungi oleh orang tua atau pengantar untuk membuat jadwal janji temu imunisasi yang akan datang

B. Penyiapan Vaksin dan Logistik

1. Distribusi Vaksin dan Logistik

Vaksin dan logistik didistribusikan secara berjenjang dari pusat sampai ke tempat pelayanan imunisasi. Bagi tempat pelayanan lainnya akan menerima vaksin dan pelarutnya dari Puskesmas terdekat bila memiliki *vaccine refrigerator*.

Sebelum pelaksanaan, ADS 0,5 ml, ADS 5 ml, *safety box*, kapas, formulir pencatatan, anafilatikkitt, *pen marker*, kantong plastik untuk limbah tidak tajam, dan logistik lainnya yang tidak memerlukan *cold chain* dapat didistribusikan berdasarkan mikroplaning yang telah dibuat. Vaksin dan pelarut didistribusikan ke tempat pelayanan pada hari pelayanan menggunakan *vaccine carrier* standar.

Selama pelaksanaan BIAN, Puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan atau pos pelayanan imunisasi akan menerima logistik sebagai berikut:

- a. Vaksin dan pelarut dalam jumlah yang sesuai
- b. *Dropper* sesuai dengan jumlah vaksin OPV
- c. ADS 0,5 ml dan ADS 5 ml
- d. *Safety box*
- e. Kapas
- f. Formulir pencatatan dan pelaporan cakupan dan logistik
- g. Formulir laporan KIPI serius
- h. Formulir laporan KIPI non serius
- i. Perlengkapan anafilaktik
- j. Kantong limbah medis atau kantong plastik lain untuk vial vaksin kosong dan limbah nonmedis lainnya
- k. *Pen marker*
- l. APD, minimal masker bedah
- m. Sarana cuci tangan/*hand sanitizer*
- n. Alat pengukur suhu tubuh (*thermo gun*)
- o. Formulir skrining

2. Pengelolaan Vaksin Saat Pelayanan

- a. Petugas menyiapkan vaksin dalam jumlah secukupnya untuk dibawa ke tempat pelayanan.
- b. Saat pelayanan, *vaccine carrier* tidak boleh terpapar sinar matahari langsung. Pastikan *vaccine carrier* dalam keadaan bersih sebelum digunakan. Untuk penggunaan *vaccine carrier*, vaksin yang sudah dibuka atau dilarutkan ditempatkan pada spons atau busa penutup *vaccine carrier*, sedangkan vaksin yang belum dibuka atau dilarutkan tetap disimpan di bagian dalam *vaccine carrier*.
- c. Vaksin yang akan dipakai harus dipantau kualitasnya dengan memperhatikan: VVM masih A atau B, belum kadaluarsa, disimpan pada suhu yang direkomendasikan, label masih ada, dan tidak terendam air.
- d. Untuk vaksin dengan kemasan multidosis, penting untuk mencantumkan tanggal dan waktu pertama kali vaksin dibuka atau dilarutkan.

- e. Saat sesi pelayanan sudah selesai setiap harinya, petugas bertanggung jawab mengembalikan *vaccine carrier* ke tempat penyimpanan dan *safety box* yang telah terisi ke tempat penyimpanan limbah sementara. Untuk pos imunisasi agar mengembalikan *vaccine carrier* ke Puskesmas.

3. Pelarutan Vaksin Campak-Rubela

Dalam melarutkan vaksin harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Sehari sebelum pelayanan (minimal 12 jam), pelarut harus disimpan dalam lemari es pada suhu 2–8°C. Pelarut juga harus dimasukkan ke dalam *vaccine carrier* agar memiliki suhu yang sama dengan vaksin yaitu berkisar 2–8°C pada saat pelarutan.
- b. Pelarutan vaksin hanya boleh dilakukan ketika sasaran sudah datang untuk imunisasi
- c. Pelarut harus berasal dari produsen yang sama dengan vaksin yang digunakan
- d. Pastikan vaksin dan pelarutnya belum kadaluarsa dan VVM pada vaksin masih dalam kondisi A atau B
- e. Vaksin dan pelarut harus mempunyai suhu yang sama (2–8°C)
- f. Melarutkan vaksin dengan menggunakan ADS 5 ml. Satu ADS 5 ml digunakan untuk melarutkan satu vial vaksin. Jangan menyentuh jarum ADS dengan jari
- g. Memastikan 5 ml cairan pelarut vaksin terhisap dalam ADS, kemudian baru melakukan pencampuran dengan serbuk vaksin kering campak-rubela
- h. Masukkan pelarut secara perlahan ke dalam botol vaksin agar tidak terjadi gelembung/busa
- i. Kocok campuran vaksin dengan pelarut secara perlahan sampai tercampur rata
- j. Vaksin yang sudah dilarutkan hanya boleh digunakan dalam waktu 6 jam. Oleh karena itu, hanya boleh melarutkan satu vial vaksin dan baru boleh melarutkan vaksin lagi bila vaksin pada vial sebelumnya sudah habis serta masih ada sasaran. Catat tanggal dan jam pelarutan vaksin pada label vaksin
- k. Memperhatikan prosedur aseptik

4. Pengembalian Vaksin Sisa

- a. Vaksin dan pelarut yang masih dalam keadaan tertutup (belum digunakan) harus dikembalikan dan diberi tanda "K" (Kembali) kemudian segera dimasukkan ke dalam *vaccine refrigerator*. Pada hari pelayanan berikutnya, vaksin tersebut harus digunakan segera dengan tetap memperhatikan kondisi VVM dan tanggal kadaluarsa.
- b. Untuk pelayanan imunisasi yang dilakukan di dalam gedung atau di fasilitas pelayanan kesehatan, semua sisavial vaksin campak-rubela yang telah dilarutkan lebih dari 6 jam dimasukkan ke dalam plastik untuk dibuang dan dimusnahkan, sedangkan untuk vaksin lainnya masih dapat digunakan selama belum melampaui masa pemakaian (4 minggu untuk DPT-HB-Hib dan IPV, sedangkan OPV 2 minggu)
- c. Untuk pelayanan imunisasi di pos pelayanan imunisasi (luar gedung), maka pada akhir sesi pelayanan sisa vaksin yang telah dibuka atau dilarutkan harus langsung dibuang dan dimusnahkan, tidak boleh dikembalikan lagi ke dalam *vaccine refrigerator* untuk digunakan pada hari pelayanan berikutnya.

Vaksin harus segera dibuang apabila:

- Ada kecurigaan vial vaksin yang diduga terkontaminasi seperti vial jatuh ke tanah, *rubber cap* tidak sengaja tersentuh, dan kontak dengan air
- VVM C dan D
- Sudah melampaui waktu pelarutan atau waktu pemakaian

C. Cara Pemberian Imunisasi

Berikan imunisasi campak-rubela tanpa melihat status imunisasi dan riwayat penyakit Campak atau Rubela sebelumnya. Untuk jenis imunisasi lain, diberikan sesuai dengan status imunisasi sasaran. Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan pemberian imunisasi:

1. Imunisasi dilakukan dengan menggunakan alat suntik sekali pakai (*autodisable syringe/ ADS*) sesuai dosis yang direkomendasikan. Penggunaan alat suntik tersebut dimaksudkan untuk menghindari pemakaian berulang jarum sehingga dapat mencegah penularan penyakit HIV/AIDS, Hepatitis B, dan Hepatitis C.

No	Ukuran ADS	Penggunaan
1	5 ml	Pelarutan vaksin campak-rubela
2	0,5 ml	Pemberian imunisasi DPT-HB-Hib, Campak-Rubela, IPV

2. Untuk imunisasi OPV, dilakukan dengan cara diteteskan. Sebelum digunakan, pipet penetes (*dropper*) harus dipasangkan pada vial vaksin. Berikan sasaran dua tetes vaksin OPV.
3. Pengambilan vaksin dengan cara memasukkan jarum ke dalam vial vaksin dan pastikan ujung jarum selalu berada di bawah permukaan larutan vaksin sehingga tidak ada udara yang masuk ke dalam spuit.
4. Tarik torak perlahan-lahan agar larutan vaksin masuk ke dalam spuit dan keluarkan udara yang tersisa dengan cara mengetuk alat suntik dan mendorong torak sampai pada skala dosis yang direkomendasikan kemudian cabut jarum dari vial.
5. Bersihkan kulit tempat pemberian suntikan dengan kapas kering sekali pakai atau kapas yang dibasahi dengan air matang, tunggu hingga kering. Apabila lengan anak tampak kotor diminta untuk dibersihkan terlebih dahulu.
6. Vaksin diberikan sesuai dengan dosis dan cara pemberian yang dianjurkan.

Tabel 3. Dosis, Cara dan Tempat Pemberian Imunisasi

Jenis Vaksin	Dosis	Cara Pemberian	Lokasi pemberian
OPV	2 tetes	Oral	Mulut
DPT-HB-Hib	0,5 mL	Intramuskular	Paha (usia <18 bulan), lengan atas (≥18 bulan)
Campak-Rubela	0,5 mL	Sub Kutan	Lengan Atas
IPV	0,5 mL	Intramuskular	Paha (usia <18 bulan), lengan atas (≥18 bulan)

7. Setelah vaksin disuntikkan, jarum ditarik keluar, kemudian ambil kapas kering lalu ditekan pada bekas suntikan, jika ada perdarahan kapas tetap ditekan pada lokasi suntikan hingga darah berhenti.
8. Pada pelaksanaan imunisasi kejar, perlu diperhatikan aturan pemberian sebagai berikut:

Tabel 4. Aturan Pemberian Imunisasi pada Anak yang Terlambat Mendapatkan Imunisasi

Jenis Imunisasi	Total Jumlah Dosis yang Harus Diberikan	Keterangan
OPV	4 dosis	Interval minimal antar dosis adalah 4 minggu
IPV	1 dosis	Diberikan segera ketika bayi/baduta datang ke tempat pelayanan
DPT-HB-Hib	4 dosis (3 dosis imunisasi dasar dan 1 dosis imunisasi lanjutan)	<ul style="list-style-type: none"> • Interval minimal dosis pertama dan kedua adalah 4 minggu (1 bulan), • interval minimal dosis kedua dan ketiga adalah 6 bulan); • interval minimal dosis ketiga dan keempat adalah 12 bulan

9. Setelah melakukan pemberian imunisasi, catat jenis vaksin, tanggal pemberian dan nomor *batch* vaksin pada buku KIA atau kartu/catatan imunisasi lainnya.

Pelaksanaan imunisasi kejar dapat terus dilakukan sesuai interval, sampai status imunisasi balita lengkap, meskipun kegiatan BIAN telah selesai dilaksanakan

Pemberian imunisasi tambahan campak-rubela dan/atau imunisasi kejar dilakukan dengan memperhatikan interval minimal 2 minggu dengan vaksin COVID-19

D. Penyuntikan Aman

Pelaksanaan imunisasi harus bisa menjamin bahwa sasaran mendapatkan kekebalan, serta menghindari penyebaran penyakit terhadap petugas dan masyarakat. Untuk mencapai tujuan tersebut, harus diperhatikan beberapa hal di bawah ini:

1. Selalu menggunakan ADS dalam pelayanan imunisasi
2. Jangan menggunakan ADS dengan kemasan yang telah rusak atau telah melewati tanggal kadaluarsa
3. Jangan mengisi spuit dengan vaksin sebelum sasaran datang (*pre-filling*)
4. Jangan meninggalkan jarum suntik menancap di vial vaksin
5. Jarum suntik habis pakai harus langsung dibuang ke *safety box* tanpa menutup kembali jarum (*no recapping*). Jangan meletakkan jarum suntik di atas meja atau di nampan setelah penyuntikan
6. Tenaga kesehatan harus mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan penyuntikan

Harus Dilakukan	
	
	
<p>Menyimpan vaksin dan pelarut vaksin menggunakan 2 atau 4 buah cool pack sesuai dengan tipe vaksin carrier</p>	<p>Vaksin yang sudah dilarutkan/dibuka diletakkan diantara busa dalam vaksin carrier</p>
	
<p>Menuliskan tanggal dan jam vaksin dibuka/dilarutkan di label vial vaksin</p>	<p>Melarutkan vaksin atau membuka vaksin bila sasaran telah siap divaksinasi</p>
	
<p>Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau mengganti sarung tangan setiap sasaran baru</p>	<p>Membersihkan kulit tempat pemberian suntikan dengan kapas kering sekali pakai atau kapas yang dibasahi air matang</p>
	
<p>Pegang lengan yang akan disuntik dengan ibu jari dan telunjuk. Pegang alat suntik, tusukkan jarum dengan sudut pemberian sesuai dengan jenis vaksin. Tidak perlu dilakukan aspirasi terlebih dahulu</p>	

Gambar 5. Hal-hal yang Harus Dilakukan dalam Pelayanan Imunisasi

Tidak Boleh Dilakukan	
	
 <p>Membuka karet penutup vial</p>	 <p>Mengisi vaksin dalam alat suntik sebelum sasaran siap divaksinasi (prefilling)</p>
 <p>Mencampur vaksin dari vial satu dengan vial yang lain dalam 1 alat suntik</p>	 <p>Meninggalkan jarum diatas karet penutup vial vaksin</p>
 <p>Melakukan penutupan kembali alat suntik (recapping)</p>	 <p>Menyimpan vaksin diluar vaksin carrier</p>
 <p>Menyentuh jarum dan tutup botol</p>	

Gambar 6. Hal-hal yang Tidak Boleh Dilakukan dalam Pelayanan Imunisasi

E. Keamanan Pemberian Imunisasi Ganda

Pemberian lebih dari satu jenis imunisasi dalam satu kali kunjungan bermanfaat untuk mempercepat perlindungan kepada anak, meningkatkan efisiensi pelayanan dan orang tua tidak perlu datang ke fasilitas kesehatan berulang kali. Pemberian imunisasi ganda sudah terbukti aman, efektif dan tidak meningkatkan risiko KIPI pada anak. Pastikan pelayanan imunisasi mematuhi prinsip penyuntikan aman, penyimpanan vaksin sesuai prosedur dan memperhatikan kontra indikasi imunisasi.

Adapun cara pemberian imunisasi ganda adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan manfaat dan keamanan pemberian imunisasi ganda kepada orang tua/pengantar;
2. Atur posisi bayi/anak senyaman mungkin;
3. Pemberian imunisasi ganda dilakukan di tempat penyuntikan yang berbeda. Atau bisa juga diberikan di satu tempat suntikan yang sama, dengan lokasi suntikan dipisahkan setidaknya berjarak 2,5 cm (1 inchi);

Tabel 5. Lokasi Pemberian Imunisasi

Vaksin	Lokasi Pemberian
Campak-Rubela	Lengan Atas
IPV	Usia < 18 bulan : Paha
DPT-HB-Hib	Usia ≥ 18 bulan : Lengan Atas

4. Kurangi rasa nyeri dengan memberikan vaksin yang lebih tidak sakit dahulu (contohnya berikan tetes OPV dan suntikan campak-rubela terlebih dahulu, baru IPV diikuti dengan DPT-HB-Hib).
5. Apabila penyuntikan ganda tidak memungkinkan dilakukan bersamaan, maka pemberian imunisasi berikutnya dapat dilakukan di hari lain sesuai janji temu.

Manfaat Pemberian Imunisasi Ganda:

1. Melindungi anak sesegera mungkin selama bulan-bulan awal kehidupan mereka yang rentan
2. Lebih sedikit jumlah kunjungan untuk imunisasi
3. Meningkatkan efisiensi layanan kesehatan

F. Peran Petugas Kesehatan, Guru, dan Kader

1. Tugas dan Peran Tenaga Kesehatan

Tabel 6. Tugas dan Peran Tenaga Kesehatan

No	Kegiatan
Persiapan Sebelum Hari Pelaksanaan	
1.	Petugas kesehatan membuat pengumuman pemberitahuan mengenai jadwal BIAN, dengan menyertakan nomor telepon/WA/SMS untuk membuat janji temu (daftar) imunisasi yang akan datang
2.	Melakukan skrining kesehatan untuk kader/guru
3.	Membuat jadwal pelayanan imunisasi dengan pihak sekolah, guru atau orang tua agar kedatangan sasaran imunisasi dapat diatur dan berjalan dengan baik
4.	<p>a. Melakukan skrining kesehatan untuk memastikan anak dan pengantar dalam kondisi sehat untuk datang ke tempat pelayanan imunisasi. Format skrining kesehatan anak sebelum imunisasi dapat diunduh pada tautan https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN.</p> <p>b. Mengingatkan orang tua atau pengantar untuk membawa anak ke tempat pelayanan imunisasi sesuai hari dan jam yang telah ditentukan dengan membawa buku KIA atau buku Rapor Kesehatanku</p> <p>c. Membatasi jumlah pengantar hanya 1 orang</p>
Hari Pelaksanaan Pelayanan Imunisasi	
1.	Memastikan diri, kader dan petugas kesehatan lainnya dalam keadaan sehat untuk memberikan pelayanan (tidak demam, batuk, pilek, dan lain-lain)
2.	<p>a. Menggunakan alat pelindung diri sebelum memulai pelayanan yaitu masker bedah/masker medis (1 buah masker medis dapat dipakai maksimal 4 jam, atau diganti lebih sering apabila basah, robek atau rusak)</p>

	<p>b. Petugas dapat menggunakan APD tambahan yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sarung tangan apabila tersedia• Sarung tangan harus diganti untuk setiap satu sasaran yang diimunisasi. Jangan menggunakan sarung tangan yang sama untuk lebih dari satu anak. Bila sarung tangan tidak tersedia, petugas dapat mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir setiap sebelum dan sesudah imunisasi kepada sasaran. Jangan mencuci tangan dalam keadaan menggunakan sarung tangan• APD lain apabila tersedia, seperti baju dinas atau <i>gown/apron</i>, dan <i>face shield</i>• Baju dinas yang digunakan untuk pelayanan imunisasi harus diganti setiap selesai sesi pelayanan apabila petugas akan kembali ke Puskesmas
3.	Memastikan ruang/tempat pelayanan imunisasi bersih
4.	Memastikan tersedianya fasilitas cuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau <i>hand sanitizer</i> di tempat pelayanan imunisasi dan mencuci tangan setiap ganti sasaran
5.	Memastikan semua vaksin, logistik, dan peralatan/kit anafilaktik tersedia dan dalam keadaan baik dan bersih
6.	Memastikan tempat duduk antar petugas dan kader serta orang tua/pengantar serta sasaran sesuai prinsip menjaga jarak aman 1-2 meter
7.	Melakukan skrining kesehatan sebelum imunisasi pada saat sasaran dan orang tua atau pengantar tiba di Fasyankes/Pos Pelayanan Imunisasi. Apabila ditemukan gejala/riwayat kontak, maka dianjurkan memeriksakan dirinya untuk kecurigaan COVID-19 dan pemberian imunisasi ditunda
8.	<p>Pada saat pelayanan imunisasi kepada sasaran:</p> <ol style="list-style-type: none">a. Menjelaskan imunisasi yang akan diberikan saat ini (jenis, jadwal, manfaat, serta kemungkinan efek samping yang akan terjadi dan bagaimana cara untuk mengatasinya)b. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan menggunakan <i>hand sanitizer</i> sebelum dan setelah melakukan imunisasi pada setiap sasaran imunisasi

	<p>c. Memberikan imunisasi sesuai jadwal dengan prinsip penyuntikan yang aman (<i>safe injection</i>)</p> <p>d. Mencatat hasil pelayanan imunisasi ke dalam aplikasi SehatIndonesiaku (ASIK) serta ke dalam buku KIA atau buku catatan imunisasi maupun pada register kohort bayi atau register kohort anak balita dan anak prasekolah atau e-kohort KIA atau buku Rapor Kesehatanku</p> <p>e. Meminta sasaran/pengantar untuk menunggu sampai 30 menit setelah imunisasi untuk memantau reaksi anafilaksis</p> <p>f. Memberikan penjelasan apabila terjadi keluhan setelah imunisasi harus segera menghubungi petugas kesehatan</p>
9.	Membersihkan area tempat pelayanan imunisasi sesudah selesai pelayanan dengan cairan disinfektan

2. Tugas dan Peran Kader/Guru di Tempat Pelayanan Imunisasi

Tabel 7. Tugas dan Peran Kader/Guru

No	Kegiatan
Persiapan Sebelum Hari Pelaksanaan	
1.	<p>Membantu petugas kesehatan mengingatkan orang tua atau pengantar pada H-1 pelayanan untuk:</p> <p>a. Membantu petugas melakukan skrining kesehatan untuk memastikan anak dan pengantar dalam kondisi sehat untuk datang ke pelayanan imunisasi.</p> <p>b. Memobilisasi anak ke tempat pelayanan imunisasi sesuai hari dan jam yang telah ditentukan dengan membawa buku KIA atau buku Rapor Kesehatanku</p> <p>c. Membatasi jumlah pengantar hanya 1 orang</p>
Hari Pelaksanaan Pelayanan Imunisasi	
1.	Memastikan diri dan guru/kader lainnya dalam keadaan sehat untuk membantu pelayanan di tempat pelayanan imunisasi (tidak demam, batuk, pilek, dan lain-lain)

2.	Menggunakan alat pelindung diri yang sesuai dengan prinsip protokol kesehatan, masker medis atau masker kain minimal 3 lapis, <i>face shield</i> bila tersedia, dan dihimbau untuk menggunakan baju lengan panjang
3.	Membantu memastikan area pelayanan imunisasi bersih
4.	Memastikan fasilitas cuci tangan pakai air dan sabun dan <i>hand sanitizer</i> tersedia
5.	Membantu menyiapkan catatan data sasaran anak yang menjadi sasaran imunisasi
6.	Membantu mengatur alur keluar dan masuk sasaran imunisasi dan pengantar sesuai protokol kesehatan
7.	Membantu petugas melakukan skrining kesehatan anak.
8.	Membantu memastikan orang tua/pengantar dan sasaran disiplin menerapkan protokol kesehatan
9.	Ukur suhu anak dan pengantar saat tiba di tempat pelayanan imunisasi sebelum memasuki area pelayanan imunisasi dengan termometer (sebaiknya dengan termometer nonkontak). Apabila ditemukan peningkatan suhu pada anak atau pengantar, maka dianjurkan memeriksakan dirinya untuk kecurigaan COVID-19 dan pemberian imunisasi ditunda
10.	Melakukan pendaftaran anak yang datang ke tempat pelayanan imunisasi di buku register
11.	Mencocokkan anak yang datang dengan data sasaran imunisasi sesuai jadwal yang ditentukan petugas. Membantu mencatat hasil pelayanan imunisasi ke dalam Buku KIA atau kartu/catatan imunisasi lainnya maupun pada register kohort bayi atau register kohort anak balita dan anak prasekolah atau e-kohort KIA atau buku Rapor Kesehatanku
12.	Membantu memastikan orang tua atau pengantar duduk di ruang tunggu sesuai prinsip protokol kesehatan pada saat menunggu sebelum imunisasi dan 30 menit sesudah imunisasi

13.	Mengingatkan orang tua/pengantar untuk: a. segera pulang ke rumah sesudah pelayanan di tempat pelayanan imunisasi b. membersihkan diri atau mandi dan cuci rambut c. mengganti semua kain/linen (pakaian, gendongan) anak dan pengantar yang dibawa ke tempat pelayanan imunisasi
14.	Pada akhir pelayanan mendata anak yang tidak datang untuk imunisasi sesuai dengan jadwal yang ditentukan
15.	Mencatat dan melaporkan hasil catatan pendataan sasaran yang datang dan tidak datang ke tempat pelayanan imunisasi kepada petugas. Untuk anak-anak yang tidak datang, maka akan dipanggil kembali dan dikumpulkan di tempat pelayanan pada waktu yang ditentukan

G. Manajemen Limbah

1. Setiap tempat pelayanan imunisasi harus disediakan *safety box* dengan jumlah yang cukup berdasarkan jumlah sasaran
2. *Safety box* harus diberi label dengan nama petugas, nama tempat pelayanan, dan tanggal pelayanan
3. Semua ADS yang telah digunakan harus dimasukkan ke dalam *safety box*. Jangan membuang sampah lainnya ke dalam *safety box*
4. Setelah *safety box* terisi $\frac{3}{4}$ (tiga per empat) penuh, harus ditempatkan di tempat yang aman dalam kondisi tertutup dengan diberi tanda silang (X) atau ditempelkan lakban
5. Limbah lainnya, seperti vial vaksin (yang sudah dicoret nomor *batch*-nya), ampul pelarut, dan kapas, dibuang ke dalam kantong plastik kuning khusus limbah medis atau kantong plastik biasa yang diberi tanda/ditulis "limbah medis"
6. Setelah kantong plastik limbah medis terisi $\frac{3}{4}$ (tiga per empat) penuh, diikat dengan ikatan tunggal dan ditempatkan di tempat yang aman dalam kondisi tertutup
7. *Safety box* dibawa ke tempat penyimpanan limbah sementara di masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan terkait untuk dimusnahkan

8. Limbah yang telah terkumpul tersebut kemudian dimusnahkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan berkoordinasi dengan petugas kesehatan lingkungan

H. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan pada pelaksanaan BIAN dilakukan secara elektronik dan manual.

1. Pencatatan dan pelaporan dilaksanakan secara elektronik menggunakan aplikasi sebagai berikut:
 - a. Aplikasi SehatIndonesiaku (ASIK) untuk hasil layanan imunisasi
 - b. Aplikasi SMILE untuk pencatatan dan pelaporan distribusi/alokasi, penggunaan, pembuangan serta permintaan vaksin dan logistik lainnya berdasarkan: nomor *batch*, *expiry date*/ED, kuantitas (dosis) serta VVM.
2. Penggunaan aplikasi SehatIndonesiaku (ASIK) untuk pencatatan hasil layanan dilakukan sebagai berikut:
 - a. Pencatatan hasil layanan imunisasi individu dilaksanakan secara elektronik melalui aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK).
 - b. Pencatatan elektronik hasil layanan melalui aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK) dapat dilakukan oleh Pengelola Program Imunisasi & KIPi dan Pelaksana Imunisasi setiap Puskesmas yang sudah terdaftar pada aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK).
 - c. Pengelola Program Imunisasi & KIPi dan Pelaksana Imunisasi wajib mendaftarkan diri ke dalam aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK) agar dapat melakukan pencatatan hasil layanan. Detail cara registrasi pada aplikasi dapat dilihat pada Buku Panduan Penggunaan Aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK) yang dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>.
 - d. Sebelum pelaksanaan, Pengelola Program Imunisasi & KIPi menentukan fasilitas pelayanan kesehatan dan pos pelayanan imunisasi yang akan melaksanakan kegiatan BIAN dan melaporkan kepada Farmasi untuk dapat didaftarkan dalam aplikasi SMILE.
 - e. Pengelola Program Imunisasi & KIPi menunjuk satu orang Penanggung Jawab (PJ) untuk setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan pos imunisasi BIAN.

- f. PJ fasilitas pelayanan kesehatan dan pos imunisasi BIAN bertanggung jawab untuk mengambil vaksin dan logistik di Farmasi Puskesmas. Pada saat pengambilan, PJ wajib membuka sesi Pos Imunisasi melalui aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK) dan mengonfirmasi jumlah vial yang diterima melalui aplikasi. Pastikan aplikasi terhubung dengan internet agar sesi pelayanan imunisasi dapat dimulai.
- g. Pelaksana imunisasi yang tidak bertugas sebagai PJ hanya perlu memilih Pos Imunisasi yang sudah dibuka oleh PJ kemudian melakukan pencatatan pelayanan imunisasi individu.
- h. Pencatatan hasil layanan imunisasi wajib dicatat per individu. Petugas akan menginput data hasil layanan imunisasi setiap sasaran penerima imunisasi.
- i. Pencatatan dan pelaporan BIAN per individu dilaksanakan secara elektronik menggunakan database sasaran yang tersedia di Aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK).
- j. Apabila sasaran belum terdaftar pada database sasaran imunisasi, maka petugas perlu mendaftarkan sasaran tersebut dengan menginput identitas sasaran seperti NIK (bila belum memiliki NIK dapat melengkapi identitas lainnya), nama lengkap, tanggal lahir, jenis kelamin, alamat dan data orang tua agar dapat memberikan identifikasi yang tepat pada identitas sasaran.
- k. Setelah kegiatan imunisasi pada hari tersebut selesai, PJ wajib menutup sesi Pos Imunisasi pada aplikasi kemudian mencatat jumlah vial vaksin yang belum dibuka ke dalam aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK).
- l. Apabila terjadi kendala dalam melakukan input data hasil layanan, petugas dapat melengkapinya maksimal H+7 setelah pelaksanaan imunisasi dengan memilih Pos Imunisasi dan tanggal pelaksanaan yang sesuai dengan hari pemberian layanan imunisasi.
- m. Tata cara penggunaan aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK) secara detail dapat dilihat pada Buku Panduan Penggunaan aplikasi SehatIndonesiaKu (ASIK) yang dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>.

3. Penggunaan aplikasi SMILE dilakukan sebagai berikut:
 - a. Pencatatan penerimaan dan pengeluaran vaksin melalui aplikasi yang dapat diakses petugas pengelola logistik secara online melalui telpon genggam dan website. Sisa stok, vaksin ED dan rusak, agregasi vaksin dan logistik di tiap tingkatan, serta analisis dan pelaporan lain yang dibutuhkan pengelola logistik, adalah contoh beberapa informasi yang dapat diperoleh secara cepat dan otomatis dari SMILE. Karena hasil input petugas dan pengolahannya di SMILE telah terintegrasi dengan dashboard satu data Kemenkes RI <https://vaksin.kemkes.go.id/#/vaccines>, sehingga petugas tidak perlu melakukan penghitungan ulang atau memberikan laporan ke Pusat secara manual lagi.
 - b. SMILE juga dilengkapi dengan notifikasi SMS kepada petugas pengelola vaksin di tingkat Dinas Kesehatan Kota dan Kabupaten, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan RI atas kondisi vaksin dan logistik di setiap Fasilitas Kesehatan seperti habis stok, kelebihan stok, permintaan vaksin yang harus dipenuhi, vaksin yang mendekati ED, serta kondisi suhu kulkas vaksin (pada kulkas telah terpasang alat pemantau suhu berbasis IoT dan terhubung dengan SMILE).
 - c. Detail tata cara penggunaan aplikasi SMILE dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>
4. Pencatatan juga dapat dilakukan secara manual menggunakan format yang ditetapkan. Pencatatan secara manual dilakukan terpisah dari kegiatan rutin. Pencatatan hasil imunisasi individual dilakukan setiap hari pelayanan (format dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>).
5. Bagi sasaran balita, hasil pemberian imunisasi juga dicatat pada tabel "Pelayanan Imunisasi" yang terdapat di Buku KIA (kolom usia pemberian disesuaikan dengan yang tercantum pada tabel tersebut). Bagi sasaran anak usia sekolah, hasil pemberian imunisasi tambahan campak-rubela dapat dicantumkan di Buku Rapor Kesehatanku atau catatan imunisasi lainnya.

6. Puskesmas melakukan rekapitulasi mingguan dan melaporkan secara berjenjang meliputi hasil pelayanan dan pemakaian logistik (format dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>) yang dilakukan setiap hari Jumat setiap minggunya.
7. Pencatatan hasil imunisasi dan penggunaan logistik dari fasilitas pelayanan kesehatan lain dan pos pelayanan imunisasi dilaporkan kepada Puskesmas dan dimasukkan oleh petugas dalam rekapan Puskesmas.

- Bagi anak usia 9-11 bulan yang belum mendapatkan imunisasi rutin campak-rubela dosis pertama maka dosis imunisasi tambahan campak-rubela saat BIAN dicatat sebagai cakupan imunisasi dasar lengkap dan BIAN.
- Bagi anak usia 18-24 bulan yang telah mendapatkan 1 dosis imunisasi rutin campak-rubela maka hasil layanan saat BIAN dicatat sebagai cakupan imunisasi lanjutan baduta (imunisasi campak-rubela dosis kedua) dan BIAN.
- Bagi anak usia 18-24 bulan yang telah mendapatkan 3 dosis imunisasi rutin DPT-HB-Hib maka hasil layanan saat BIAN dicatat sebagai cakupan imunisasi lanjutan baduta (imunisasi imunisasi DPT-HB-Hib dosis keempat) dan BIAN.
- Bagi anak (yang akan memasuki kelas 1 sekolah dasar) di wilayah Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku dan Papua yang mendapatkan imunisasi tambahan campak-Rubela saat BIAN, maka hasil layanan saat BIAN dicatat sebagai cakupan BIAS campak-rubela bulan Agustus dan BIAN.
- Pada daerah yang telah memberikan imunisasi campak-rubela sebagai respons KLB (*Outbreak Response Immunization*) sejak bulan Januari tahun 2022, maka hasil layanan ORI dicatat juga sebagai hasil layanan imunisasi tambahan campak-rubela pada BIAN.

BAB V PEMANTAUAN DAN PENANGGULANGAN KIPI

A. Pengertian

Vaksin yang digunakan dalam program imunisasi nasional termasuk vaksin untuk Bulan Imunisasi Anak Nasional aman dan efektif. Secara umum, vaksin tidak menimbulkan reaksi pada tubuh, atau apabila terjadi, hanya menimbulkan reaksi ringan. Vaksinasi memicu kekebalan tubuh dengan menyebabkan sistem kekebalan tubuh penerima bereaksi terhadap antigen yang terkandung dalam vaksin. Reaksi lokal dan sistemik seperti nyeri pada tempat suntikan atau demam dapat terjadi sebagai bagian dari respon imun. Komponen vaksin lainnya (misalnya bahan pembantu, penstabil, dan pengawet) juga dapat memicu reaksi. Vaksin yang berkualitas adalah vaksin yang menimbulkan reaksi ringan seminimal mungkin namun tetap memicu respon imun terbaik. Frekuensi terjadinya reaksi ringan vaksinasi ditentukan oleh jenis vaksin.

Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi atau yang dikenal sebagai KIPI merupakan kejadian medik yang terjadi setelah imunisasi dan diduga berhubungan dengan imunisasi. Kejadian ini dapat berupa reaksi vaksin, kesalahan prosedur, koinciden, reaksi kecemasan, atau hubungan kausal yang tidak dapat ditentukan. Pada saat imunisasi massal dimana dilakukan pemberian imunisasi dalam jumlah banyak pada kurun waktu tertentu, akan muncul jumlah laporan KIPI yang meningkat. Untuk itu harus dilakukan persiapan kegiatan yang sistematis dan terencana dengan baik.

Menurut *Uppsala Monitoring Centre* (UMC), KIPI diklasifikasikan menjadi KIPI Serius dan KIPI Non-serius. KIPI serius adalah setiap kejadian medik setelah imunisasi yang menyebabkan rawat inap, kecacatan, kematian, dan menimbulkan masalah medikolegal, serta ng menimbulkan keresahan di masyarakat. KIPI non-serius adalah kejadian medik yang terjadi setelah imunisasi dan tidak menimbulkan risiko potensial pada kesehatan si penerima (sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017).

B. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi pada Bulan Imunisasi Anak Nasional yang Mungkin Terjadi dan Antisipasinya

Semua vaksin memiliki reaksi simpang. Reaksi simpang yang mungkin terjadi adalah reaksi lokal, seperti nyeri, bengkak, dan kemerahan di lokasi suntikan. Reaksi sistemik bisa berupa ruam, demam, dan malaise. Reaksi alergi berat seperti reaksi anafilaksis dapat terjadi pada setiap orang saat pemberian vaksin. Reaksi yang sering terjadi pada saat imunisasi seperti tercantum dalam Tabel 8.

Tabel 8. Reaksi Vaksin Ringan

Vaksin	Reaksi Lokal	Reaksi Sistemik	
	Nyeri, bengkak, merah	Demam > 38 °C	Rewel, malaise, dsb
Hepatitis B	Dewasa ~15 % Anak-anak ~ 5 %	1-6 %	-
Hib	5-15 %	2-10 %	-
Campak-Rubela/MMR	~10 %	5-15 %	5 % (Ruam)
OPV	Tidak ada	< 1 %	< 1 %
Pertusis (DTwP)	~ 50 %	~ 50 %	~ 55 %
Tetanus/DT/aTd	~ 10 %	~ 10 %	~ 25 %

Tabel 9. Reaksi Vaksin Berat: Jarang Sekali – Sangat Jarang

Vaksin	Reaksi	Interval Awitan	Rate per sejuta dosis
Hib	Tidak diketahui		
Hep B	Anafilaksis	0-1 jam	1-2
	Sindrom <i>Guillain Barré</i>	1-6 minggu	5
Measles/MR/ MMR	Kejang demam	5-12 hari	333
	Trombositopenia	15-35 hari	33
	Anafilaksis	0-1 jam	1-50
	Ensefalopati	-	< 1
OPV	<i>Vaccine-associated paralytic poliomyelitis (VAPP)</i>		0.76-1.3 (dosis pertama)
	Risiko meningkat pada dosis pertama, dewasa, dan penderita imunokompromis	4-30 hari	0.17 (dosis berikutnya) 0.15 (kontak)
Tetanus	<i>Neuritis brakial</i>	2-28 hari	5-10
	<i>Anafilaksis</i>	0-1 jam	1-6
	<i>Abses steril</i>	1-6 minggu	6-10
DPT	Seperti reaksi tetanus		
DPT-HB-Hib	<i>Persistent inconsolable screaming (>3 jam)</i>	0-24 jam	1000- 60.000
	Kejang	0-3 hari	570
	<i>Hypotonic, hyporesponsive episode (HHE)</i>	0-24 jam	570
	Anafilaksis / renjatan	0-1 jam	20
	Ensefalopati	0-3 hari	0-1

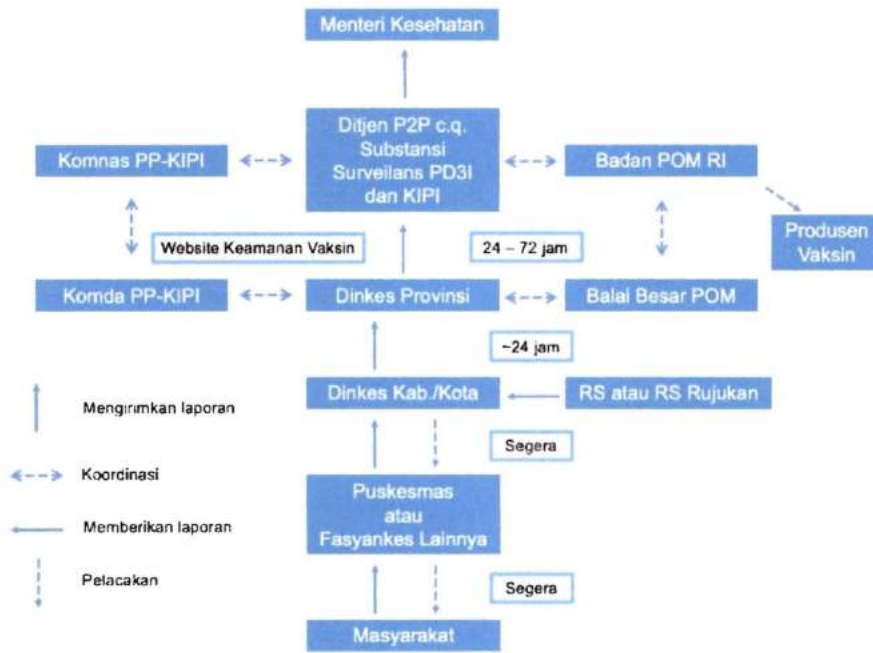
KIPI yang terkait kekeliruan prosedur dapat terjadi, untuk itu persiapan sistem pelaksana imunisasi yang terdiri dari petugas pelaksana yang kompeten (memiliki pengetahuan cukup, terampil dalam melaksanakan imunisasi dan memiliki sikap profesional cukup sebagai tenaga kesehatan), peralatan yang lengkap dan petunjuk teknis yang jelas, termasuk surat tugas, STR dan SIP harus disiapkan dengan lengkap. Petugas pelaksana yang masuk dalam sistem ini harus memahami petunjuk teknis yang diberikan.

KIPI terkait reaksi kecemasan juga mungkin terjadi. Reaksi kecemasan sering terjadi pada anak yang lebih besar (*ISRR/Immunization Stress Related Response*) sehingga harus diwaspadai karena sasaran pada kegiatan ini adalah anak sampai dengan usia kurang dari 15 tahun. Reaksi kecemasan yang mungkin timbul adalah pingsan yang gejalanya mirip reaksi anafilaksis. Perbedaan yang harus diketahui petugas antara pingsan karena kecemasan dan pingsan karena reaksi anafilaksis adalah tanda vital, khususnya pernafasan dan tekanan darah yang normal pada pingsan akibat reaksi kecemasan terhadap tindakan imunisasi/suntikan.

KIPI yang tidak terkait dengan vaksin atau koinsiden harus diwaspadai. Untuk itu penapisan status kesehatan anak yang akan diimunisasi harus dilakukan seoptimal mungkin. Apabila diperlukan catat data anak yang status kesehatannya meragukan, untuk digunakan sebagai kelengkapan data apabila terjadi KIPi.

C. Mekanisme Pemantauan dan Penanggulangan KIPi

Pemantauan kasus KIPi dimulai langsung setelah imunisasi. Setelah menerima imunisasi maka anak dianjurkan menunggu di lokasi imunisasi sampai dengan 30 menit untuk dilakukan observasi timbulnya KIPi. Jika tidak ada keluhan/gejala KIPi maka anak diperbolehkan pulang dan orang tua diberikan edukasi tata laksana jika anak mengalami KIPi di rumah. Puskesmas/fasyankes lainnya akan menerima laporan KIPi dari masyarakat/orangtua/kader. Apabila ditemukan dugaan KIPi serius maka harus segera direspon, diinvestigasi dan dilaporkan. Skema alur kegiatan penemuan, pelacakan dan pelaporan kasus KIPi serius dilakukan seperti pada gambar 6 berikut ini.



Gambar 7. Skema Penemuan dan Pelaporan Kasus KIPI Serius

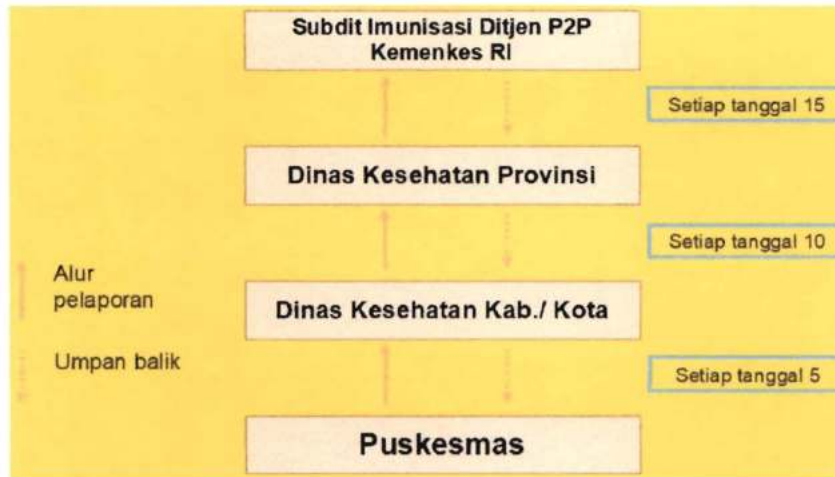
Keterangan:

1. Orangtua, masyarakat, kader atau pihak lain yang mengetahui adanya KIPI melaporkan kepada fasilitas pelayanan kesehatan tempat pelaksanaan vaksinasi atau fasilitas pelayanan kesehatan terdekat (Puskesmas/RS/Fasyankes Swasta)
2. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menetapkan petugas penanggung jawab surveilans KIPI yang dapat dihubungi apabila ada laporan KIPI serius dari orangtua, masyarakat, kader atau pihak lain serta melakukan pencatatan dan pelaporan KIPI.
3. Selanjutnya, setiap fasilitas pelayanan kesehatan akan mencatat laporan KIPI serius melalui formulir pelaporan KIPI serius dan atau segera melaporkan KIPI serius melalui laman web Keamanan Vaksin (www.keamananvaksin.kemkes.go.id), secara otomatis dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi akan menerima laporan dari fasilitas pelayanan kesehatan pelapor.

4. Dinas kesehatan kabupaten/kota dan/atau dinas kesehatan provinsi segera melakukan investigasi. Investigasi dapat dilakukan bekerja sama dengan Balai Besar POM Provinsi dan Pokja PP KIPI Kabupaten/Kota atau Komda PP KIPI Provinsi (jika diperlukan). Hasil investigasi dicatat melalui formulir investigasi KIPI dan atau dilaporkan melalui laman web Keamanan Vaksin, secara otomatis Pokja maupun Komda PP KIPI akan menerima laporan tersebut.
5. Kemudian dilakukan kajian KIPI serius oleh Pokja PP KIPI Kabupaten/Kota atau Komda PP KIPI Provinsi setelah investigasi selesai dilakukan. Komnas PP KIPI akan melakukan tanggapan ketika sudah dilakukan kajian oleh Pokja PP KIPI Kabupaten/Kota atau Komda PP KIPI Provinsi.
6. Pencatatan dan pelaporan KIPI serius dilakukan melalui website keamanan vaksin oleh petugas surveilans KIPI. Apabila tidak memungkinkan, maka dapat dilakukan secara manual menggunakan format standar yang dapat diunduh pada tautan bit.ly/formkipi . Laporan segera dikirim secara berjenjang kepada Kementerian Kesehatan cq. Substansi Surveilans PD3I dan KIPI serta Komnas PP-KIPI melalui email: komnasppkipi@gmail.com dan survpd3i.kipi@gmail.com

Sementara itu, untuk laporan KIPI Non-serius akan didapatkan oleh Puskesmas / fasyankes lainnya dari orang tua/pengantar anak pada saat pelayanan imunisasi di bulan berikutnya setelah pemberian imunisasi. Pada saat skrining sebelum diberikan imunisasi maka petugas fasilitas pelayanan kesehatan wajib menanyakan riwayat terjadinya KIPI pada anak setelah diberikan imunisasi sebelumnya. Apabila orang tua/pengantar anak menyatakan bahwa terdapat gejala klinis setelah pemberian imunisasi namun dapat diatasi di rumah dan tidak menimbulkan risiko potensial pada kesehatan anak, maka hal tersebut dapat dikategorikan sebagai kasus KIPI Non-serius.

Apabila ditemukan KIPI Non-serius maka harus segera dicatat dalam formulir pelaporan KIPI Non-serius, yang digunakan untuk mencatat semua KIPI Non-serius dari semua imunisasi yang diberikan di bulan sebelumnya. Fomulir skema alur kegiatan penemuan dan pelaporan kasus KIPI Non-serius dilakukan seperti pada gambar berikut ini.



Gambar 8. Skema Penemuan dan Pelaporan Kasus KIPI Non-serius

D. KURUN WAKTU PELAPORAN KIPI

Untuk mengetahui hubungan antara imunisasi dengan KIPI diperlukan pencatatan dan pelaporan dengan keterangan rinci semua reaksi simpang yang timbul setelah pemberian imunisasi yang merupakan kegiatan dari surveilans KIPI. Data yang diperoleh dipergunakan untuk menganalisis kasus dan mengambil kesimpulan. Pelaporan KIPI dilaksanakan secara bertahap dan bertingkat.

Pada kasus KIPI serius, terutama yang menimbulkan perhatian berlebihan/meresahkan masyarakat, atau yang masih membutuhkan kelengkapan data, maka laporan satu kasus KIPI dapat dilaporkan beberapa kali pada masing-masing tingkat pelaporan sampai laporan memenuhi kelengkapan tersebut.

Pelaporan KIPI serius dibuat secepatnya sehingga keputusan dapat dipakai untuk tindakan penanggulangan. Kurun waktu pelaporan dapat mengacu pada tabel di bawah ini.

Tabel 10. Kurun Waktu Pelaporan KIPI Serius Berdasarkan Jenjang Administrasi Penerima Laporan

Jenjang Administrasi	Kurun waktu diterimanya laporan
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Pokja KIPI	24 jam dari saat penemuan kasus
Dinas Kesehatan Provinsi/Komda PP-KIPI	24-72 jam dari saat penemuan kasus
Direktorat Pengelolaan Imunisasi cq. Substansi Surveilans PD3I dan KIPI/Komnas PP-KIPI	24 jam-7 hari dari saat penemuan kasus

Perbaikan mutu pelayanan diharapkan sebagai tindak lanjut dan umpan balik setelah didapatkan kesimpulan penyebab berdasarkan hasil investigasi kasus KIPI serius.

Sementara itu penemuan kasus KIPI Non-Serius pada pemberian imunisasi sebelumnya di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan setiap bulan pada saat penapisa sebelum pemberian imunisasi. Kasus KIPI Non-serius dapat dicatat langsung ke dalam laman web keamanan vaksin, atau direkap dalam formulir kasus KIPI Non-serius kemudian diunggah melalui laman web keamanan vaksin sebelum tanggal 5 di bulan berikutnya.

E. Pelacakan KIPI

Pelacakan kasus KIPI mengikuti standar prinsip pelacakan yang telah ditentukan, dengan memperhatikan kaidah pelacakan kasus, vaksin, teknik dan prosedur imunisasi, serta melakukan perbaikan berdasarkan temuan yang didapat.

Pelacakan KIPI yang dilakukan selama masa pandemi COVID-19 harus dilaksanakan sesuai prinsip protokol kesehatan yaitu dengan menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) dan menerapkan upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan menjaga jarak aman 1 – 2 meter. Pelacakan KIPI serius secara lengkap dapat dilihat pada Permenkes Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi dan disesuaikan dengan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/4638/2021 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).

Tabel 11. Langkah-Langkah dalam Pelacakan KIPI

Langkah	Tindakan
1. Pastikan informasi pada laporan	<ul style="list-style-type: none"> • Dapatkan catatan medik kasus (atau catatan klinis lain) • Periksa informasi tentang kasus dari catatan medik dan dokumen lain • Isi setiap kelengkapan yang kurang dari formulir laporan KIPI • Tentukan informasi dari kasus lain yang dibutuhkan untuk melengkapi pelacakan
2. Lacak dan Kumpulkan data	<p>Tentang kasus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kronologis imunisasi saat ini yang diduga menimbulkan KIPI • Riwayat medis sebelumnya, termasuk riwayat imunisasi sebelumnya dengan reaksi yang sama atau reaksi alergi yang lain • Riwayat keluarga dengan kejadian yang sama
	<p>Tentang kejadian:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kronologis, deskripsi klinis dan setiap hasil laboratorium yang relevan dengan KIPI dan penegakan diagnosis dari kejadian ikutan • Tindakan yang didapatkan, apakah dirawat inap/jalan dan bagaimana hasilnya

	<p>Tentang vaksin yang diduga menimbulkan KIPI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tuliskan jenis vaksin dan nomor batch vaksin• Prosedur pengiriman vaksin• Kondisi penyimpanan• Keadaan vaccine vial monitor• Catatan suhu pada lemari es (<i>vaccine refrigerator</i>)
	<p>Tentang kondisi anak lainnya:</p> <ul style="list-style-type: none">• Adakah anak lain yang mendapat imunisasi dari vaksin dengan nomor <i>batch</i> yang sama dan menimbulkan gejala yang sama• Adakah anak lain yang tidak mendapat imunisasi dan memiliki gejala yang sama
3. Menilai pelayanan dengan menanyakan tentang	<ul style="list-style-type: none">• Penyimpanan vaksin (termasuk vial/ampul vaksin yang telah dibuka), distribusi, dan pembuangan limbah• Penyimpanan pelarut, dan distribusi• Pelarutan vaksin (proses dan waktu/jam dilakukan)• Penggunaan ADS• Penyimpanan perlengkapan anafilaktik• Pelatihan praktik imunisasi, supervisi dan pelaksana imunisasi
4. Mengamati pelayanan	<ul style="list-style-type: none">• Apakah pelayanan imunisasi dilakukan dalam jumlah lebih banyak dari yang direncanakan• Bagaimana penyimpanan vaksin dan pelarut dalam lemari pendingin• Prosedur imunisasi (pelarutan, penyimpanan vaksin, teknik penyuntikan, <i>safety injection</i>, pembuangan limbah)
5. Rumuskan klasifikasi lapangan	<ul style="list-style-type: none">• Kemungkinan penyebab kejadian tersebut• Lakukan uji sterilitas dan toksisitas vaksin (jika diperlukan)
6. Membuat kesimpulan Pelacakan	<ul style="list-style-type: none">• Buat kesimpulan penyebab KIPI• Lengkapi formulir investigasi KIPI• Lakukan tindakan koreksi dan rekomendasikan tindakan lebih lanjut

F. Pengenalan dan Penanganan Anafilaktik

Reaksi anafilaktik adalah reaksi hipersensitifitas sistemik yang berat, terjadi dengan cepat (umumnya 5–30 menit sesudah suntikan), serius, dan dapat menyebabkan kematian. Reaksi anafilaktik menjadi risiko pada setiap pemberian vaksinasi, obat, makanan dan lainnya, dan merupakan KIPi serius yang harus mendapat penanganan segera. Jika reaksi tersebut cukup hebat dapat menimbulkan syok yang disebut sebagai syok anafilaktik. Syok anafilaktik membutuhkan pertolongan cepat dan tepat. Tata laksana mulai dari penegakan diagnosis sampai pada terapi dilakukan di tempat kejadian, dan setelah tanda-tanda vital dari kasus stabil baru dipertimbangkan untuk dirujuk ke rumah sakit terdekat. Setiap petugas pelaksana imunisasi harus sudah kompeten dalam mengenali dan menangani reaksi anafilaktik.

Selain reaksi anafilaktik, salah satu efek simpang dari pemberian imunisasi yang dapat memiliki manifestasi klinis menyerupai reaksi anafilaktik adalah reaksi kecemasan. Reaksi kecemasan karena imunisasi berbeda dengan reaksi anafilaktik. Berikut adalah perbedaan antara reaksi anafilaktik dengan reaksi kecemasan:





Tabel 12. Perbedaan Syok Anafilaktik dengan Reaksi Kecemasan

	Anafilaksia	Reaksi Kecemasan	
		Respon Akut Stress Umum	Reaksi Vasovagal dengan Pingsan
Onset	Biasanya 5 menit setelah imunisasi, namun dapat terjadi secara lambat hingga 60 menit	Mendadak, terjadi sebelum, selama atau segera (<5 menit) setelah imunisasi	Mendadak, terjadi sebelum, selama atau segera (<5 menit) setelah imunisasi. Dapat timbul setelah 5 menit jika mendadak berdiri
Kulit	Urtikaria, eritema, angioedema, pruritus dengan atau tanpa kemerahan, rasa tertusuk, gatal pada mata	Pucat, berkeringat, dingin	Pucat, berkeringat, dingin
Respiratorik	Batuk persisten, napas mengorok, bersin. Dalam kondisi berat, dapat terjadi henti napas	Hiperventilasi	Normal hingga napas dalam
Kardiovaskular	Takikardi, tekanan darah meningkat, henti jantung	Takikardi, tekanan darah sistolik normal atau meningkat	Bradikardi dengan atau tanpa penurunan tekanan darah transien
Gastrointestinal	Mual, muntah, kram perut	Mual	Mual, muntah
Neurologis dan gejala lain	Gelisah, agitasi, hilang kesadaran, respon sedikit Ketika berbaring	Ketakutan, pusing, rasa kebas, kelemahan, kesemutan pada bibir, spasme pada tangan dan kaki	Kehilangan kesadaran transien, respon baik Ketika berbaring, dengan atau tanpa kejang tonik-klonik

Tingkatan reaksi kecemasan mulai dari ringan hingga berat. Reaksi kecemasan yang berat dapat mengakibatkan pucat hingga pingsan karena anak menahan nafas, dan kadang disertai gerakan seperti kejang. Hal ini lebih umum dijumpai pada usia remaja. Walaupun dapat terjadi pingsan, hal ini tidak mengancam jiwa. Penanganannya cukup dengan membaringkan penderita secara terlentang. Sangat penting untuk membedakan reaksi kecemasan dengan reaksi anafilaktik karena reaksi anafilaktik memerlukan penanganan khusus dan segera.

Reaksi kecemasan ringan ditandai oleh ekspresi wajah yang penuh kecemasan dan pucat disertai gejala-gejala hiperventilasi, sakit kepala ringan, pusing, kesemutan di tangan dan sekitar mulut. Reaksi kecemasan lebih berat terjadi karena pasien menahan napas, terutamaterjadi pada anak dengan usia lebih muda, yang ditunjukkan dengan muka yang kemerahandan sianosis. Keadaan ini dapat mengakibatkan penurunan kesadaran, dan bersamaan dengan dimulainya lagi usaha bernafas. Reaksi kecemasan yang lebih berat dapat sampai menyebabkan pingsan. Selama pingsan, seseorang tiba-tiba akan menjadi pucat, hilang kesadaran, dan jatuh lemas ke bawah. Pingsan kadang-kadang diikuti oleh gerakan seperti kejang klonik singkat (gerak sentakan ritmik/berirama dari anggota badan), apabila anggota badan yang bergerak ditahan gerakan akan berhenti, dan keadaan ini tidak membutuhkan penanganan yang spesifik. Pingsan relatif sering terjadi setelah imunisasi pada remaja dan dewasa, tetapi jarang pada anak kecil. Bisa ditangani secara sederhana dengan membaringkan penderita secara terlentang. Pemulihan kesadaran terjadi dalam satu atau dua menit, tetapi penderita mungkin membutuhkan lebih banyak waktu untuk pemulihan penuh. Tanda utama pada keadaan pingsan karena reaksi kecemasan adalah tanda vital seperti frekuensi jantung, kuat nadi, isi kapiler, dan frekuensi napas normal.

Gambaran atau gejala klinik suatu reaksi anafilaktik berbeda-beda sesuai dengan berat atau ringannya reaksi antigen-antibodi atau tingkat sensitivitas seseorang. Namun pada tingkat yang berat berupa syok anafilaktik, gejala yang menonjol adalah gangguan sirkulasi dan gangguan respirasi.

<p>Kriteria 1 gejala muncul tiba-tiba dalam menit sampai jam melibatkan kulit jaringan mukosa atau keduanya (Mis: bercak merah diseluruh tubuh terasa gatal dan panas bibir lidah dan uvula bengkak)</p>			
<p>Ditambah sedikitnya satu dari keadaan berikut:</p>			
<p>Gejala pada pernafasan (Mis: sesak nafas, mengi, batuk, stridor, hipoksemia)</p>		<p>Tekanan darah menurun mendadak atau timbulnya gejala disfungsi organ seperti hipotonia (kolaps), inkontinensia</p>	
<p>ATAU kriteria 2 dua atau lebih dari keadaan berikut yang muncul mendadak setelah pajanan alergen atau pemicu lainnya</p>			
			
<p>Gejala muncul tiba-tiba dalam hitungan menit sampai jam, melibatkan kulit, jaringan mukosa, atau keduanya (Misal: bercak merah di seluruh tubuh, terasa gatal dan panas, serta bibir, lidah, dan uvula bengkak)</p>	<p>Gejala pada pernafasan (Misal: sesak napas, batuk hipoksemia)</p>	<p>Tekanan darah menurun mendadak atau timbulnya gejala disfungsi organ seperti hypotonia kolep Inkontinensia</p>	<p>Gejala pencernaan yang timbul mendadak (Misal: nyeri perut sampai kram muntah)</p>
<p>ATAU kriteria 3 Tekanan darah berkurang setelah pajanan alergen yang diketahui untuk pasien (dalam hitungan menit sampai jam)</p>			
<p>Bayi dan anak-anak tekanan darah sistolik rendah spesifik usia atau pengurangan tekanan darah sistolik yang lebih besar dari 30%</p>			

Keterangan:

*Sebagai contoh: imunologik namun independen IgE atau non imunologik (aktivasi sel mast langsung)






**Sebagai contoh: setelah sengatan serangga berkurangnya tekanan darah dapat menjadi satu-satunya manifestasi anafilaksis atau setelah imunoterapi alergen bercak merah gatal diseluruh tubuh dapat menjadimanifestasi awal satu-satunya dari anafilaksis

***Tekanan darah sistolik rendah pada anak diartikan sebagai tekanan darah yang kurang dari 70 mmHg untuk usia 1 bulan - 1 tahun, kurang dari 70 mmHG + (2 kali usia) untuk 1 -10 tahun; dan kurang dari 90 mmHg untuk usia 11 -17 tahun

Frekuensi denyut jantung normal bervariasi dari 80 sampai 140 x / menit untuk usia 1-2 tahun; 80-12x/menit untuk usia 3 tahun, dan 7-115 x/menit usia 3 tahun. Pada bayi dan anak kelainan pernafasan lebih umum terjadi daripada hipotensi dan syok dan syok lebih sering bermanifestasi takikardia dari hipotensi

Gambar 9. Gejala dan Tanda Anafilaksis Syok

<ol style="list-style-type: none">1. Miliki protokol gawat darurat tertulis untuk mengenal anafilaksis beserta tatalaksananya dan latih secara rutin2. Sedapat mungkin, jauhkan bayi/ anak dari paparan faktor pemicu, yang kemungkinan menjadi pemicu gejala3. Nilai jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi (<i>airway, breathing, circulation</i>), status mental, kulit, dan berat badan4. Pada saat yang sama, panggil bantuan tim resusitasi (jika kejadian di rumah sakit) atau tim medis gawat darurat (jika kejadian di luar rumahsakit/komunitas)	 Anaphylaxis Emergency Action Plan form and a smartphone.
<ol style="list-style-type: none">5. Letakkan bayi/ anak pada posisi terlentang atau setengah berbaring dalam posisi yang nyaman pada lengan pengasuhnya	 Illustration of a child lying on their back on a blue pillow.

<p>6. Beri injeksi epinefrin (adrenalin) secara intramuskuler pada regio tengah paha bagian depan dengan dosis 0,01 mg/kg larutan 1:1000 (1 mg/ml), maksimum 0,3 mg. Catat waktu pemberian dan dosis, ulangi 5–15 menit kemudian bila diperlukan. Kebanyakan pasien akan menunjukkan respon setelah 1–2 dosis</p>	
<p>7. Bila diperlukan, berikan oksigen dengan kecepatan tinggi (8-10 L/menit) dengan masker khusus bayi/anak</p>	
<p>8. Buat akses intravena menggunakan jarum dan mulai pemberian resusitasi cairan dengan larutan NaCl 0,9% NaCl dengan dosis 10-20 ml/kg selama 5–10 menit</p>	
<p>9. Pantau tekanan darah, denyut dan fungsi jantung, status pernafasan, serta kadar oksigen sesering mungkin dalam interval yang teratur</p>	
<p>10. Bila diperlukan, lakukan resusitasi jantung paru dengan kompresi dada 100 kali per menit kedalaman 4 cm secara kontinu dan berikan napas buatan dengan kecepatan 15–20 kali/menit</p>	

Gambar 10. Langkah-langkah dalam Penanganan Syok Anafilaktik

Sumber (dengan modifikasi):

Simon, FER, & Sampson, HA. Anaphylaxis: *Unique aspects of clinical diagnosis and management in infants (birth to age 2 years)*. J Allergy Clin Immunol 2015(135):1125-31.

Untuk itu, dalam setiap pelayanan harus disediakan perlengkapan anafilaktik, stetoskop, tensimeter (dengan ukuran bayi dan anak) dan oxymeter (bila tersedia). Isi dari perlengkapan anafilaktik terdiri dari:

1. Epinefrin ampul 1 : 1000
2. Deksametason ampul
3. Spuit 1 ml
4. Infus set
5. Larutan infus (NaCl 0.9% atau Dekstrose 5%)
6. Tabung oksigen

Format pelaporan KIPi dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>.

BAB VI MONITORING DAN EVALUASI

A. Evaluasi Cakupan Bulan Imunisasi Anak Nasional

Monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan program imunisasi merupakan komponen yang sangat penting, yang dilakukan untuk menilai apakah kegiatan yang dilakukan dilaksanakan dengan baik dan sudah sesuai dengan aturan yang berlaku. Monitoring dan evaluasi ditujukan pada setiap tahapan kegiatan mulai dari persiapan, pelaksanaan (termasuk di dalamnya adalah hasil cakupan), dan dampak.

Monitoring dan evaluasi terhadap kesiapan bertujuan untuk menilai kesiapan pelaksanaan kegiatan, dilakukan mulai dari tingkat nasional sampai Puskesmas menggunakan instrumen Daftar Tilik Kesiapan.

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan bertujuan untuk mengetahui implementasi standar dan prosedur pelayanan pada saat pelaksanaan kegiatan dan hasil capaian kegiatan pelayanan dibandingkan dengan target atau standar yang ditetapkan. Penilaian terhadap pelaksanaan kegiatan menggunakan Daftar Tilik Supervisi dan format RCA (*Rapid Convenience Assessment*). Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan saat atau setelah pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Nasional.

Target pelaksanaan BIAN adalah:

1. Target cakupan pemberian imunisasi tambahan campak-rubela yaitu minimal 95% dari keseluruhan sasaran dan merata di seluruh desa/kelurahan.
2. Target capaian imunisasi kejar yaitu:
 - minimal 80% dari seluruh anak yang tidak atau belum lengkap imunisasi IPVnya mendapatkan 1 dosis imunisasi IPV
 - minimal 80% dari seluruh anak yang tidak atau belum lengkap imunisasi OPVnya mendapatkan sekurang-kurangnya 1 dosis imunisasi OPV
 - minimal 80% dari seluruh anak yang tidak atau belum lengkap imunisasi DPT-HB-Hibnya mendapatkan sekurang-kurangnya 1 dosis imunisasi DPT-HB-Hib

Kegiatan monitoring dan evaluasi pelaksanaan harus dapat mengidentifikasi pencapaian hasil kegiatan seperti cakupan di masing-masing wilayah, pemakaian vaksin dan logistik serta masalah-masalah yang dihadapi saat pelaksanaan, termasuk identifikasi kasus KIPI yang terjadi serta aspek-aspek penyebabnya. Semakin cepat monitoring dan evaluasi dilakukan, maka semakin cepat tindak lanjut perbaikan dapat dilaksanakan.

Dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan BIAN, dilakukan analisis berdasarkan pengelompokan usia sasaran dan wilayah administrasi. Hal ini penting untuk menilai dan melakukan analisis kelompok-kelompok usia sasaran dan wilayah yang belum mencapai target, sehingga dapat disusun strategi dan tindak lanjut yang tepat untuk meningkatkan cakupan.

B. Monitoring Kualitas Pelayanan

Pemantauan terhadap pelaksanaan layanan imunisasi BIAN bertujuan untuk memonitor kualitas pelayanan yang dilakukan dan kendalanya dengan menggunakan Daftar Tilik (Ceklist) Supervisi Pelaksanaan. Supervisi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kementerian Kesehatan.

Supervisi dilakukan secara elektronik melalui tautan https://bit.ly/Supervisi_BIAN. Kegiatan ini juga dapat dilakukan secara manual menggunakan Daftar Tilik Supervisi yang dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>.

Idealnya, seluruh Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dilakukan supervisi. Pemilihan Puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan prioritas yang akan disupervisi berdasarkan kriteria tingkat kesulitan jangkauan (wilayah sulit dan biasa) atau berdasarkan daerah yang berisiko tinggi (daerah kumuh, padat penduduk, daerah sulit secara sosial dan ekonomi, dan lain-lain).

Dalam supervisi semua aspek pelaksanaan dilihat sesuai dengan daftar tilik. Hasil supervisi dianalisa dan didiskusikan bersama pelaksana lain yang terkait. Kemudian dilakukan pemecahan masalah dan rencana tindak lanjut bersama dengan kepala Puskesmas dan petugas. Bila ditemukan pelaksanaan kegiatan yang tidak sesuai prosedur, segera dilakukan tindak lanjut perbaikan misalnya dengan melakukan “*on the job training*” pada petugas.

Pada tingkat kabupaten/kota hasil supervisi dari beberapa Puskesmas dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain direkapitulasi, dianalisis, dan dibuat rencana tindak lanjut. Kemudian dilaporkan ke atasan langsung serta diumpanbalikkan ke Puskesmas melalui pertemuan khusus (dapat dilakukan secara daring) maupun tertulis.

C. *Rapid Convenience Assessment (RCA)*

RCA adalah suatu survei cepat untuk mencari anak yang belum diimunisasi, serta mengetahui alasan tidak diimunisasi, sekaligus menilai apakah cakupan sudah sesuai dengan yang dilaporkan. Dalam Petunjuk Teknis ini, pelaksanaan RCA ditujukan pada 20 rumah yang memiliki sasaran kegiatan BIAN.

RCA dapat dilakukan di tengah kegiatan dengan tujuan untuk memperbaiki pelaksanaan kegiatan. Kriteria pemilihan lokasi untuk RCA kategori ini adalah daerah dengan cakupan yang rendah. RCA juga dapat dilakukan di akhir kegiatan atau di lokasi yang cakupannya tinggi dengan tujuan untuk *sweeping*.

Kriteria pemilihan Puskesmas untuk dilakukan RCA di akhir kegiatan adalah:

1. Puskesmas yang telah mencapai target cakupan kegiatan BIAN
2. Puskesmas yang tidak mencapai target namun menyatakan telah menyelesaikan kegiatan BIAN. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi jumlah anak yang belum diimunisasi, alasan anak yang belum diimunisasi, dan umpan balik untuk perencanaan program imunisasi berikutnya.

RCA dilakukan di 20 rumah di tingkat desa/kelurahan, dengan prioritas pada:

1. Desa dengan jumlah sasaran yang besar
2. Desa yang sulit dijangkau:

Di daerah perkotaan, RCA juga dilakukan di tempat-tempat umum, antara lain di daerah padat dan kumuh (sekitar pasar, kolong jembatan, dll), daerah persinggahan (transit) darat/laut/udara. Untuk daerah seperti ini, maka wawancara dilakukan pada 20 anak dan informasi dilengkapi dengan nama desa/kecamatan/ kabupaten/kota anak tersebut berasal.

Dianjurkan untuk melakukan RCA pada minimal 4 (empat) Puskesmas per kabupaten/kota, dan 2 (dua) desa per Puskesmas, dengan prioritas desa seperti penjelasan di atas. RCA dilakukan secara elektronik melalui tautan https://bit.ly/RCA_BIAN. Hasil RCA dapat dilihat pada dashboard dalam dengan tautan <http://sehatindonesiaku.kemkes.go.id/>.

Kegiatan ini juga dapat dilakukan secara manual menggunakan Daftar Tilik Supervisi yang dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/MateridanInstrumenBIAN>.

Apabila dalam pelaksanaan RCA ditemukan sasaran yang belum mendapatkan imunisasi maka petugas RCA mencatat identitas anak, nama orang tua, dan alamat tempat tinggal, kemudian mengarahkan orang tua atau anak untuk mendapatkan imunisasi tambahan campak-rubela atau melengkapi imunisasi dasar dan lanjutannya di Puskesmas, Posyandu, atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Daftar anak yang belum mendapatkan imunisasi tambahan campak-rubela maupun belum mendapat atau belum lengkap imunisasinya, baik dasar maupun lanjutan, diserahkan oleh petugas pelaksana RCA kepada pihak Puskesmas untuk ditindaklanjuti.

D. Evaluasi Dampak

Evaluasi dampak bertujuan untuk mengetahui dampak pelaksanaan kegiatan BIAN. Evaluasi dampak pelaksanaan imunisasi tambahan campak-rubela dapat dilakukan dengan menggunakan data rutin surveilans campak-rubela. Hal ini dilakukan dengan membandingkan insidensi campak-rubela pada periode yang sama sebelum dan setelah imunisasi masal. Dengan catatan, sensitifitas surveilans campak-rubela dapat dipertahankan dengan pencapaian *discarded rate* campak > 2 per 100.000 penduduk. Untuk imunisasi kejar, evaluasi dampak imunisasi kejar dapat dilakukan dengan menggunakan indikator surveilans difteri, surveilans AFP dan surveilans PD3I lainnya.

Evaluasi dapat dilakukan melalui:

1. Analisis data kasus suspek PD3I dari *alert* SKDR yang dilakukan respon
2. Analisis data kasus PD3I dari laporan rutin surveilans PD3I
3. Kajian terhadap data KLB PD3I
4. Penilaian risiko transmisi Campak-Rubela dan Polio

BAB VII
PENUTUP

Dengan ditetapkannya Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional ini diharapkan pelaksanaan BIAN ini dapat terselenggara dengan baik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelaksanaan BIAN diharapkan dapat memutus transmisi virus Campak dan Rubela dan PD3I lainnya secara cepat, mencapai kekebalan kelompok di masyarakat (*herd immunity*), dan melindungi masyarakat dari bahaya virus Campak dan Rubela, serta mencapai target eliminasi Campak dan Rubela pada tahun 2023 serta mempertahankan status Indonesia Bebas Polio dan mencapai Eradikasi Polio di tingkat global pada tahun 2026.

DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT,



MAXI REIN RONDONUWU