



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**NOMOR: 482/MENKES/SK/IV/2010**

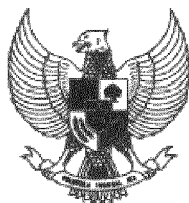
**TENTANG**

**GERAKAN AKSELERASI IMUNISASI NASIONAL**

**UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION 2010-2014 (GAIN UCI 2010 – 2014)**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang :
- a. bahwa imunisasi merupakan upaya efektif untuk menurunkan angka kematian anak yang merupakan salah satu tujuan dari *Millennium Development Goals (MDGs)*;
  - b. bahwa untuk mencapai target 100% desa mencapai *Universal Child Immunization (UCI)* pada tahun 2014, perlu dilakukan Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child Immunization 2010-2014 (GAIN UCI 2010 – 2014);
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b perlu ditetapkan Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child Immunization 2010-2014 (GAIN UCI 2010 – 2014) dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (Lembaran Negara Tahun 1984 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3273);
  2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3886);
  3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4235);
  4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- Indonesia Nomor 4844); Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
5. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4967);
  6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  7. Keputusan Presiden Nomor 39 Tahun 1990 tentang Ratifikasi Konvensi Hak-Hak Anak (*Convention on the Rights of the Child*);
  8. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 20 Tahun 2008 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;
  9. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010;
  10. Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2005 dan Nomor 1138/Menkes/PB/VIII/2005 tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat;
  11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 439/Menkes/Per/VI/2009 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Per/Menkes/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
  12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi;
  13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Kabupaten/Kota;

14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 143/Menkes/SK/VI/2009 tentang Penyelenggaraan Kampanye Imunisasi Campak dan Polio Tambahan Secara Bertahap Tahun 2009 – 2011;

**MEMUTUSKAN:**

**Menetapkan :**

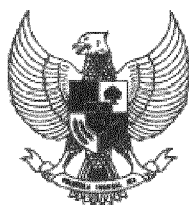
- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG GERAKAN AKSELARASI IMUNISASI NASIONAL *UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION* 2010 -2014 (GAIN UCI 2010-2014 ).**
- Kedua : GAIN *UCI* 2010-2014 sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu merupakan upaya percepatan pencapaian *UCI* diseluruh desa/kelurahan pada tahun 2014 melalui suatu gerakan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh lapisan masyarakat dan berbagai pihak terkait secara terpadu di semua tingkat administrasi.
- Ketiga : Kegiatan GAIN *UCI* sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua dimulai dari awal tahun 2010 sampai dengan akhir tahun 2014.
- Keempat : Sebagai acuan dalam penyelenggaraan GAIN *UCI* 2010-2014 sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua telah disusun Pedoman GAIN *UCI* 2010-2014 sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Kelima : Segala biaya yang timbul akibat penyelenggaraan kegiatan GAIN *UCI* 2010-2014 disetiap daerah sebagaimana dimaksud dalam diktum kedua dibebankan pada APBN, APBD, BLN serta sumber dana lain sesuai peraturan perundang-undangan.
- Keenam : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

**Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 9 April 2010**

**MENTERI KESEHATAN,**

ttd

**dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, DR.PH**



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran  
Keputusan Menteri Kesehatan  
Nomor : 482/MENKES/SK/IV/2010  
Tanggal : 9 April 2010

**PEDOMAN GERAKAN AKSELERASI IMUNISASI NASIONAL  
UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION 2010-2014 (GAIN UCI 2010-2014)**

**I. PENDAHULUAN**

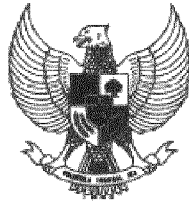
**1.1. Latar Belakang**

Kegiatan Imunisasi merupakan salah satu kegiatan prioritas Kementerian Kesehatan, sebagai salah bentuk nyata komitmen pemerintah untuk mencapai Milenium Development Goals (MDGs).

Tujuan utama kegiatan imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). PD3I adalah penyakit-penyakit menular yang sangat potensial untuk menimbulkan wabah dan kematian terutama pada balita. Sebelum kegiatan imunisasi dipergunakan secara luas di dunia, banyak anak yang terinfeksi penyakit seperti: penyakit polio, campak, pertusis dan difteri yang dapat berakibat kematian dan kecacatan. Keadaan tersebut akan diperberat bila disertai dengan gizi buruk dan menyebabkan peningkatan *Case Fatality Rate (CFR)* penyakit PD3I tersebut.

Gambaran dari kegiatan pelayanan imunisasi rutin pada bayi dibawah umur 1 tahun memperlihatkan bahwa cakupannya beberapa provinsi telah bagus namun demikian masih ada provinsi-propinsi yang cakupannya masih rendah sehingga masih memerlukan upaya khusus. Hal ini dapat dilihat melalui laporan rutin 2009, cakupan imunisasi dasar lengkap di tingkat nasional belum mencapai target (baru mencapai 69,2%).

Sampai saat ini Indonesia masih merupakan negara keempat terbesar di dunia dengan jumlah anak yang tidak mendapatkan imunisasi DPT3 (Sumber: *WHO/UNICEF coverage estimates 1980-2007*, August 2008 Date of slide: 21 August 2008). Hal ini mengakibatkan Indonesia menjadi salah satu negara



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

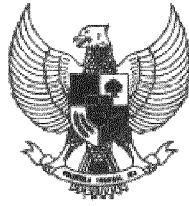
prioritas yang diidentifikasi oleh WHO dan UNICEF untuk melaksanakan akselerasi dalam pencapaian target 100% UCI Desa/ Kelurahan. *Universal Child Immunization (UCI)* adalah suatu keadaan tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada semua bayi (anak dibawah umur 1 tahun) dan berdasarkan RPJMN Pemerintah berkomitmen untuk mencapai target 100% desa mencapai UCI pada tahun 2014.

Untuk dapat mencapai target tersebut diperlukan suatu gerakan percepatan dari seluruh komponen masyarakat baik pemerintah, NGO/LSM, maupun swasta bersama-sama untuk menggerakkan masyarakat luas untuk berpartisipasi aktif mendorong ibu untuk membawa anaknya untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap.

Keberhasilan pelaksanaan gerakan percepatan pencapaian imunisasi sangat membutuhkan dukungan seluruh pemangku kepentingan baik pemerintah pusat, pemerintah provinsi maupun kabupaten/kota.

## 1.2. Daftar Istilah

1. Akses adalah keterjangkauan sasaran kepada pelayanan imunisasi.
2. Anak adalah setiap orang yang berusia belum genap 18 tahun, termasuk anak 28 minggu atau lebih masih dalam kandungan.
3. Anak balita adalah anak berusia antara 12 bulan (1 tahun) sampai sebelum 5 tahun.
4. Anak pra-sekolah adalah anak berusia antara 5 sampai sebelum 6 tahun.
5. Anak usia sekolah (dasar) adalah anak berusia antara 6 sampai sebelum 13 tahun.
6. Anak remaja adalah anak berusia antara 13 sampai sebelum genap 18 tahun.
7. *Backlog fighting* adalah melengkapinya imunisasi dasar pada anak usia bawah tiga tahun, diprioritaskan pada desa yg selama 2 thn berturut-turut tidak mencapai target *UCI*.
8. Bayi /*Infant* adalah anak/ bayi berusia kurang dari 12 bulan.
9. *Catch Up Campaign Campak* adalah kegiatan untuk 'memutuskan transmisi' penularan virus Campak pada Anak Balita dan Sekolah.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

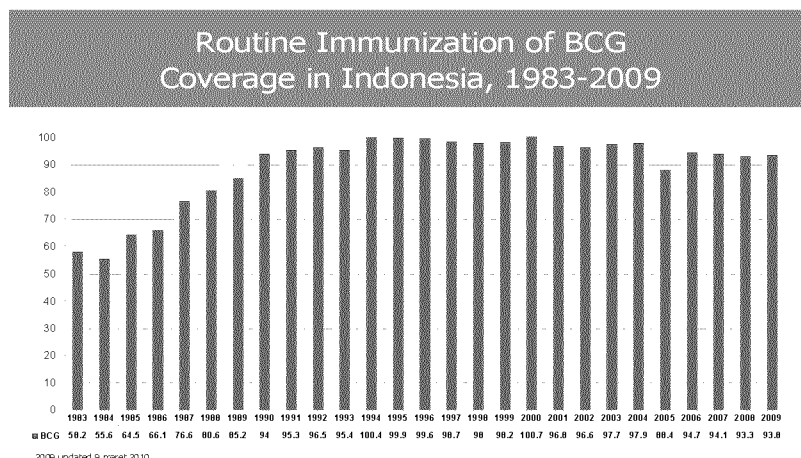
10. *Crash Program* adalah kegiatan yang bertujuan untuk melakukan intervensi ke wilayah dengan cepat untuk mencegah terjadinya KLB.
11. *Perinatal* adalah masa kehamilan 28 minggu sampai dengan 28 hari masa nifas.
12. *Safe injection practices* adalah pemberian suntikan yang aman.
13. *Save waste disposal management* adalah pengelolaan limbah medis tajam yang aman.
14. *Stakeholder(s)* adalah pelaku atau penyelenggara atau pemerhati atau pemangku kepentingan, yaitu sekelompok orang yang dapat mempengaruhi terjadi atau tidak terjadi perubahan nilai masyarakatnya.
15. *Sub PIN* adalah merupakan kegiatan imunisasi serentak (dalam sepekan) untuk memutuskan rantai penularan penyakit di suatu sub wilayah tertentu.
16. *Universal Child Immunization (UCI)* adalah cakupan imunisasi lengkap pada minimal 80% bayi di suatu wilayah.

### 1.3. Analisa Situasi

#### 1.3.1. Cakupan Imunisasi Dasar

Pencapaian kegiatan imunisasi dari tahun ke tahun dapat dilihat dari grafik-grafik di bawah ini.

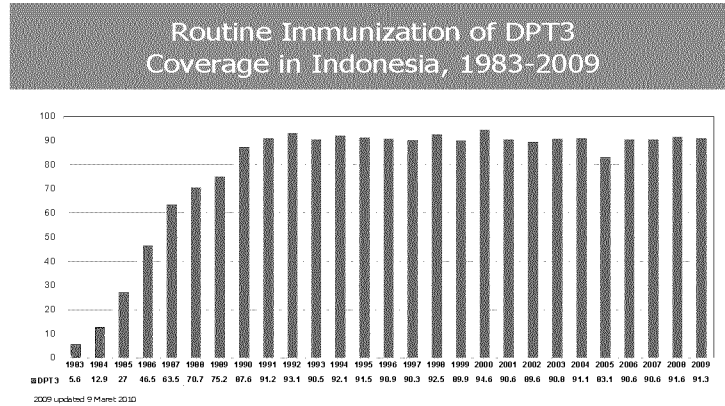
**Grafik 1: Cakupan Imunisasi BCG di Indonesia Tahun 1983 – 2009**



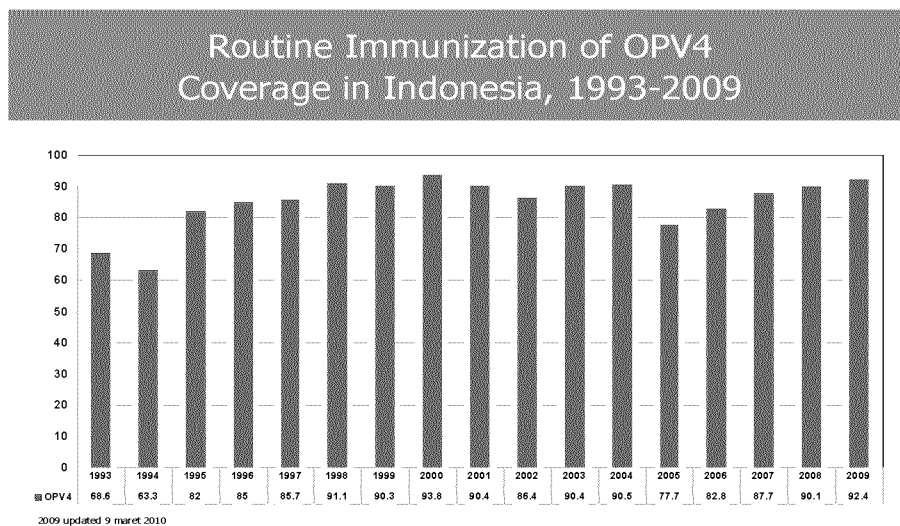


MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

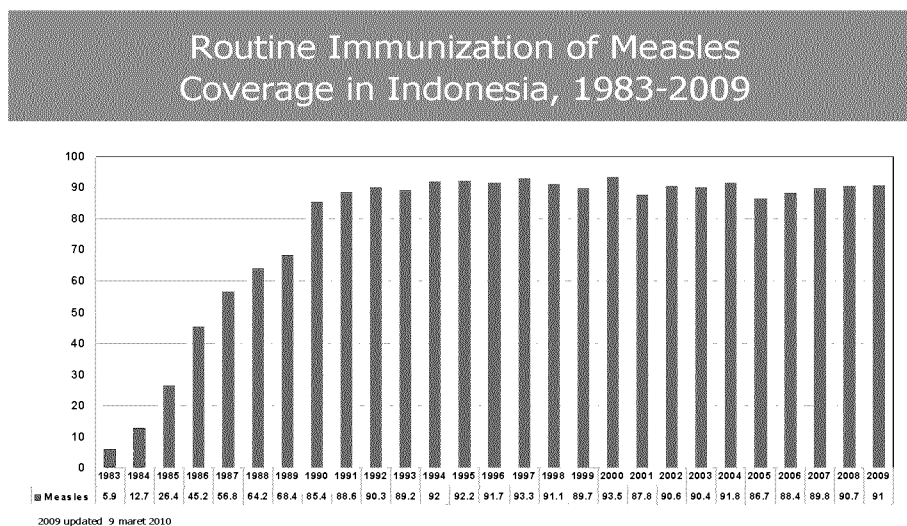
**Grafik 2: Cakupan Imunisasi DPT3 di Indonesia Tahun 1983 – 2009**



**Grafik 3. Cakupan Imunisasi Rutin Polio 4 di Indonesia tahun 1993 – 2009**



**Grafik 4. Cakupan Imunisasi Rutin Campak di Indonesia Tahun 1983 – 2009**





**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Dari grafik-grafik di atas dapat diuraikaikan cakupan imunisasi mengalami penurunan pada tahun 2005, tetapi tahun 2006 mulai naik kembali. Hal ini diperkirakan karena kesibukan penanggulangan KLB polio berupa penyelenggaraan ORI, Mop-Up, dan PIN pada tahun 2005.

Cakupan imunisasi dasar di tingkat nasional menurut laporan administrasi rutin dari seluruh provinsi menunjukkan angka di atas 85%. Tetapi cakupan yang tinggi ini dapat menutupi daerah-daerah “kantong” yang belum mencapai target karena belum meratanya cakupan di seluruh daerah. Dengan perkataan lain, masih terdapat desa, kecamatan/puskesmas, kabupaten/kota dan provinsi dengan cakupan imunisasi dasar masih di bawah target. Berdasarkan data cakupan yang dikirimkan oleh provinsi ke pusat, dapat disimpulkan provinsi-provinsi dengan >80% kabupaten cakupan imunisasinya sudah mencapai target adalah DI.Yogjakarta, Bali, NTB, NTT, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Sedangkan provinsi-provinsi dengan >80% kabupaten cakupan imunisasinya masih rendah antara lain : Irian Jaya Barat, Sulawesi Barat, Papua, Sulawesi Selatan dan Jawa Barat.

Angka–angka cakupan nasional yang tinggi ini dicoba untuk dikoreksi melalui *coverage survey* yang dilaksanakan di seluruh Indonesia pada tahun 2007. Perkiraan cakupan imunisasi rutin menurut WHO dan Unicef serta survei-survei cakupan yang pernah dilakukan, juga menunjukkan rendahnya cakupan yang cukup signifikan yang juga didukung dengan masih dijumpainya KLB PD3I di beberapa daerah.

Rendahnya cakupan tersebut kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain:

- (1) Perhitungan denominator yang masih belum seragam antara angka proyeksi dengan angka yang ditemukan di lapangan
- (2) Akurasi, kelengkapan dan ketepatan waktu laporan yang masih rendah. Hal ini dibuktikan dari pengalaman pada saat melakukan pemantauan dengan DQS di berbagai daerah, dan hasil pengumpulan data laporan.

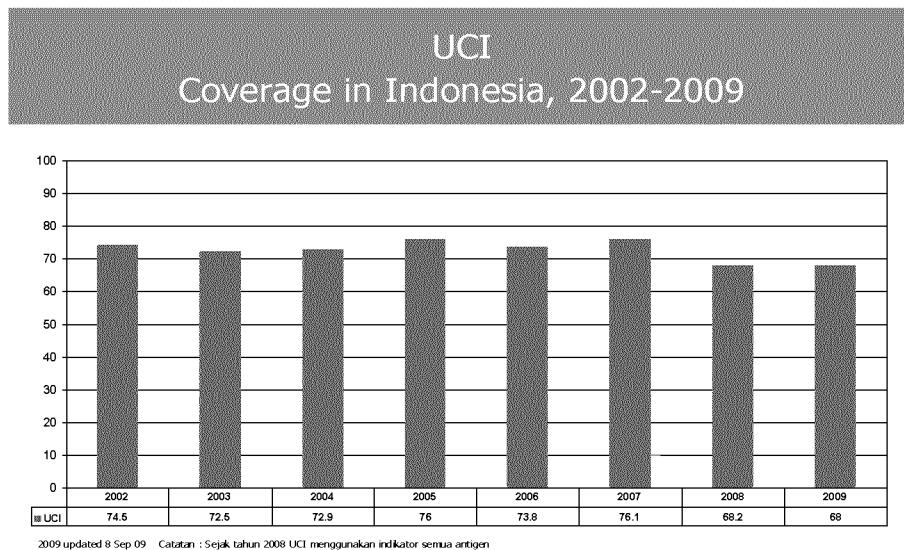




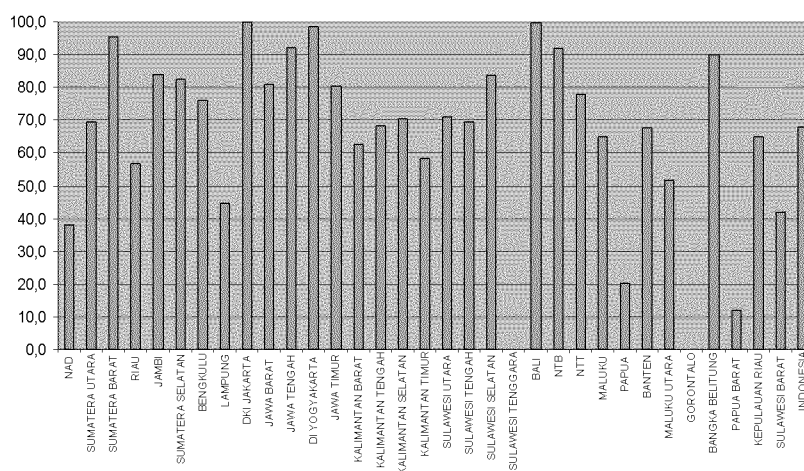
MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Grafik 5 dan 6 di bawah ini menunjukkan gambaran cakupan imunisasi dasar lengkap di Indonesia yang masih belum merata. Merata tidaknya cakupan imunisasi dasar lengkap dapat dinilai dari pencapaian desa UCI .

**Grafik 5. Cakupan Imunisasi Lengkap (UCI) di Indonesia Tahun 1983–2009**



**Grafik 6. Cakupan UCI Per Provinsi Tahun 2009**



Masih rendahnya cakupan imunisasi lengkap di Indonesia yang diperlihatkan dari pencapaian desa UCI, disebabkan oleh lemahnya kedua hal baik pada sistem kesehatan maupun program imunisasi sendiri.

### 1.3.2. Drop Out

Untuk menilai manajemen program imunisasi dapat dilihat dari angka drop out. Data dari beberapa hasil survey menunjukkan bahwa akses masyarakat

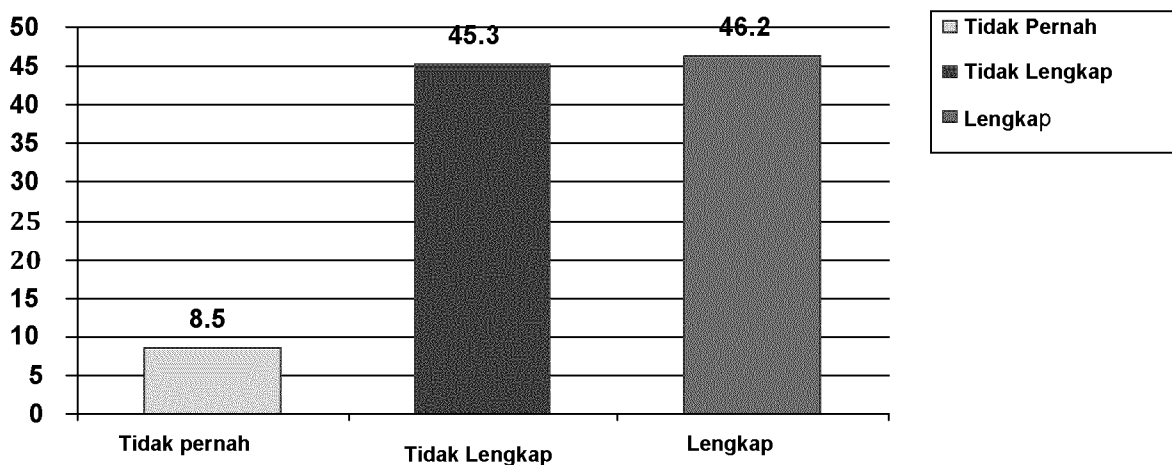


MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

ke program imunisasi yang diukur dengan cakupan BCG atau DPT1 sudah cukup baik, tetapi yang menjadi persoalan umumnya adalah tingginya angka drop out. Bayi yang sudah mendapatkan imunisasi pertama tidak melengkapi imunisasi dasarnya, contohnya 20 % drop out dari BCG ke DPT3 (Hasil RISKESDAS), 18% drop out dari DPT1 ke DPT3 (DHS 2007). Angka ini menggambarkan terdapat sekitar 1 juta bayi di Indonesia yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap setiap tahunnya.

Grafik di bawah ini menunjukkan status imunisasi dasar anak di Indonesia menurut hasil Riskesdas 2007 yang menggambarkan tingginya angka drop out yaitu sebesar 45,3%.

**Grafik 3. Persentase anak 12-23 bulan berdasarkan status imunisasinya di Indonesia**



Sumber : Riskesdas 2007

Keterangan:

Tidak pernah = tidak memiliki riwayat imunisasi dasar

Tidak Lengkap = Mendapatkan imunisasi tetapi tidak lengkap (drop out)

Lengkap = Memiliki/mendapatkan imunisasi dasar lengkap yaitu BCG satu dosis, DPT- HB 3 dosis, Polio 4 dosis dan satu dosis Campak sesuai dengan kartu imunisasi/ KMS/ buku KIA

Secara umum permasalahan penurunan cakupan maupun kualitas pelayanan imunisasi disebabkan oleh beberapa hal antara lain:



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- a. Konsekuensi dari penerapan desentralisasi yang belum berjalan sebagaimana mestinya.
- b. Kurangnya dana operasional imunisasi rutin di tingkat kabupaten/kota.
- c. Banyaknya pemekaran daerah yang tidak didukung oleh tersedianya sarana dan prasarana.
- d. Kurangnya koordinasi lintas sektor (Unit Pelayanan Kesehatan Swasta), terutama mengenai pencatatan dan pelaporan.
- e. Masih adanya keterlambatan dalam pendistribusian vaksin, baik dari pusat ke provinsi, provinsi ke kabupaten/kota, kabupaten/kota ke puskesmas.
- f. Kekurangan jumlah, kualitas dan distribusi SDM misalnya karena mutasi (*turn over*) yang tinggi dari pegawai, terutama untuk tingkat kabupaten/kota dan puskesmas, sehingga banyak petugas yang belum mendapatkan pelatihan program imunisasi (Cold Chain, RR, Pengelolaan imunisasi).
- g. Kurangnya informasi yang lengkap dan akurat tentang pentingnya program imunisasi. Seringkali kegiatan untuk penyusunan materi informasi ataupun pelaksanaan advokasi dikesampingkan sebagai cara untuk meningkatkan cakupan imunisasi, dan kegiatan ini pada umumnya tidak mendapatkan anggaran yang cukup dari pemerintah. Kegiatan ini sering ditempatkan dalam biaya lainnya sehingga dalam pembahasan anggaran sering dicoret.

**Tabel 4. Alasan anak tidak atau tidak lengkap mendapatkan imunisasi**

<b>Alasan Informasi</b>	<b>% respon ibu</b>
- Kurangnya pengetahuan ibu akan kebutuhan imunisasi	20
- Kurangnya pengetahuan tentang kelengkapan imunisasi	13
- Kurangnya pengetahuan tentang jadwal imunisasi	8
- Ketakutan akan efek samping	13
- Persepsi yang salah akan kontraindikasi	3
<b>Motivasi</b>	



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- Penundaan imunisasi	12
- Kurangnya kepercayaan tentang manfaat imunisasi	4
- Adanya rumor yang buruk tentang imunisasi	3
<b>Situasi</b>	
- Tempat pelayanan imunisasi terlalu jauh	6
- Jadwal pemberian imunisasi yang tidak tepat	4
- Ketidakhadiran petugas imunisasi	3
- Kurangnya vaksin	9
- Orangtua anak terlalu sibuk	13
- Adanya masalah dalam keluarga, mis. Ibu sedang sakit	3
- Anak tidak hadir karena sakit	30
- Anak hadir, tetapi dalam keadaan sakit	9
- Terlalu lama menunggu	2
- Biaya tidak terjangkau	6

Dari tabel di atas diketahui alasan terbanyak anak tidak mendapatkan imunisasi adalah karena anak sakit, ketidaktahuan si ibu akan pentingnya imunisasi, ketidaktahuan tentang waktu yang tepat untuk mendapatkan imunisasi berikutnya, ketakutan akan efek samping imunisasi/KIPI. Ketiadaan atau kurang tersedianya KMS atau Buku KIA juga berpengaruh dalam timbulnya persoalan di atas.

### 1.3.3. Situasi PD3I

**Tabel 5. Insidens dari PD3I di Indonesia tahun 2005 s/d 2008**

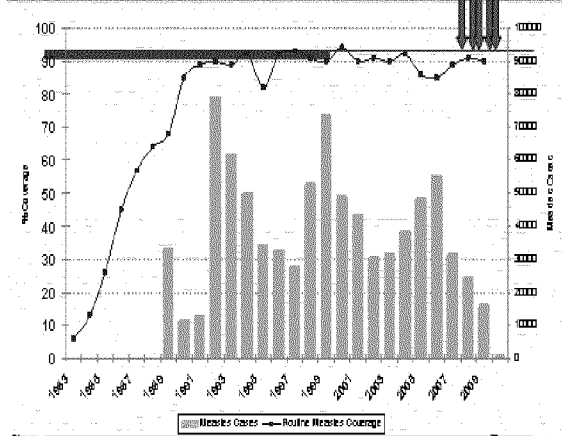
Penyakit	2005	2006	2007	2008
Difteri	499	432	183	219
Pertussis	4,438	NA	10	Nil
Tetanus Neonatorum	132	118	141	183
Campak	15,833	20,422	18,488	15,266
Rubella	Nil	Nil	Nil	254



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA

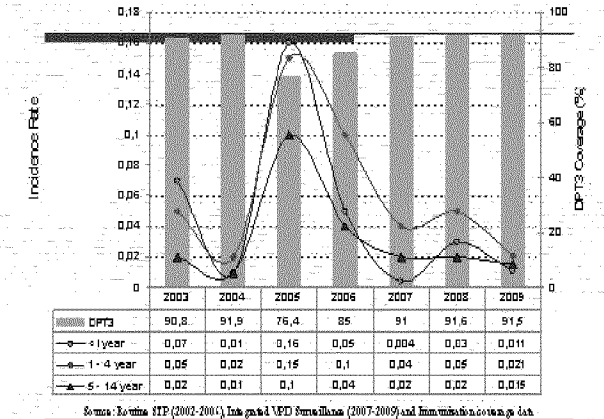
Polio Liar	303	2	0	0
------------	-----	---	---	---

Routine Measles Immunization Coverage and Measles Cases\* Indonesia, 1983-2010



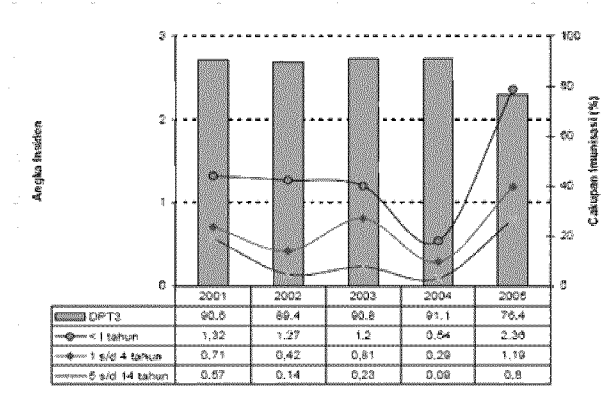
\*Source: Routine DTP (before 2004), Measles Surveillance System (VFC Surveillance data) (2004-2010)  
\*Source: Data: Health Data Center (before 2004) or e-IT (March 2010) - www.unicef.org  
\*Source: VFC Surveillance report (2005-2010)

Incidence Rate of Diphtheria per 10,000 population of Age Group and Percentage of DPT3 Immunization Coverage in Indonesia, 2003 - 2009



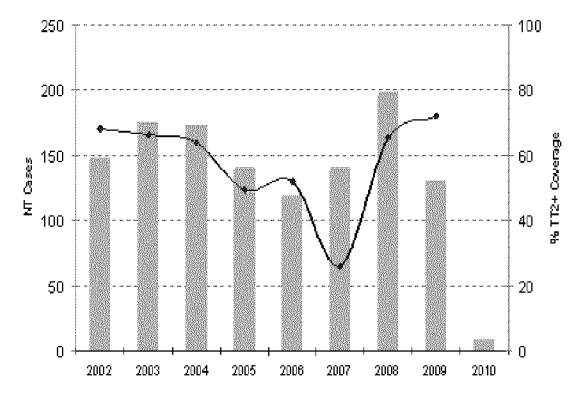
\*Source: Routine DTP (2002-2005), Integrated AED Surveillance (2007-2009) and immunization coverage data  
Data as of 10 March 2010 - www.unicef.org

Angka Insidens Pertusis per 10.000 umur tertentu dan Prosentase Cakupan Imunisasi DPT3 di Indonesia tahun 2001-2006



\*Source: Data: Subdata SEI & Survei  
Data as of 10 March 2010 - www.unicef.org

Neonatal Tetanus Cases and TT2+ (PW) Immunization Coverage Indonesia, 2002 - 2010

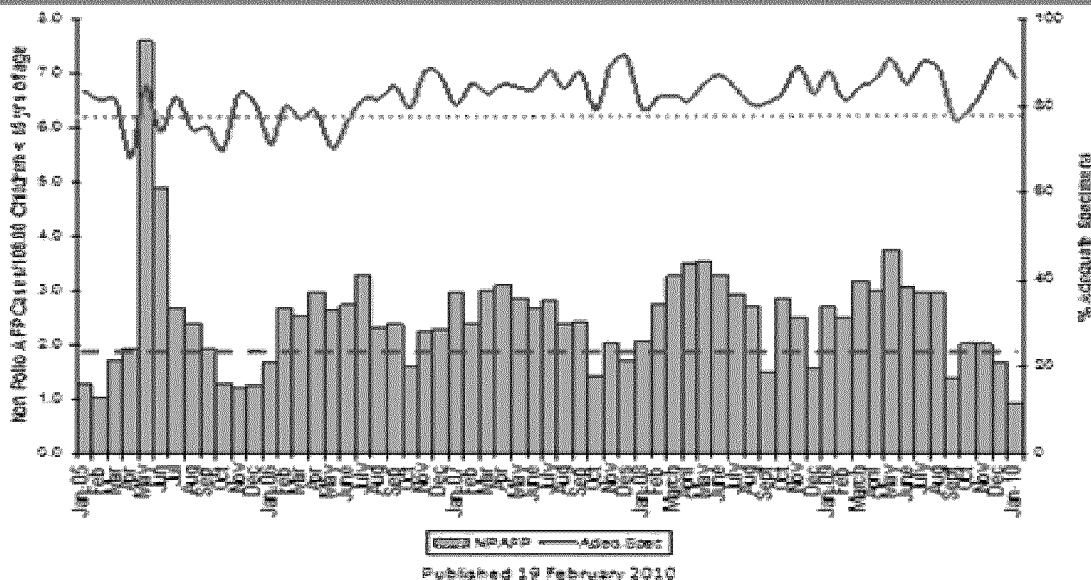


Data as of 10 March 2010 - www.unicef.org



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### Non Polio AFP Rate\* & Percentage Adequate Specimen by Month Indonesia, January 2005-present



\* Annualized non-polio AFP rate by month in Indonesia. Data with serological results are included as missing for the purpose of analysis.

#### 1.3.4. ANALISA SWOT

Analisis *SWOT* dilakukan untuk melihat sisi-sisi Kekuatan, Kelemahan, Peluang dan Ancaman, sebagaimana tertera dibawah ini:

##### **KEKUATAN (*STRENGTHS*)**

- Indonesia memiliki semangat meng-implementasikan komitmen global seperti tercantum dalam *MDGs* dan *PRSP*.
- Imunisasi adalah bagian dari komitmen nasional dan merupakan program prioritas, telah menjadi program rutin serta merupakan bagian dari rencana strategis nasional.
- Tersedia kebijakan dan petunjuk untuk program Imunisasi (*tools EVSM, DQS, DQA, SMS, PWS* dan dukungan supervisi).
- Semua vaksin adalah produksi dalam negeri.
- Adanya dasar dari *MYP* terdahulu tentang injeksi yang aman, pengurangan limbah buangan, teknologi baru: uni-ject, vaksin baru, dan *incinerator*.
- Pelayanan imunisasi di daerah terintegrasi dengan pelayanan KIA (oleh bidan di desa).



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- g. Telah memiliki standar internasional dalam pengelolaan rantai dingin dan manajemen.
- h. Telah terbentuk Komite PP KIPI ditingkat nasional dan daerah.
- i. Adanya kebijakan manajemen logistik dalam bentuk *bundling system*.

**KELEMAHAN (*WEAKNESS*)**

- a. Alat-alat dan instrumen yang ada belum berfungsi secara optimal.
- b. Banyak dan cepat terjadi mutasi/perputaran pegawai yang kurang sesuai penempatannya, beban yang berlebih (tanggung jawab beberapa program), pengetahuan dan ketrampilan yang kurang pada semua tingkatan, dan tidak ada perencanaan yang sistematis.
- c. Beban kerja petugas yang berlebih di tingkat kabupaten /kota (adanya perampangan struktur organisasi).
- d. Dana operasional yang terbatas, sehingga pelayanan imunisasi, suplai logistik, supervisi dan monitoring terganggu.
- e. Kurangnya pelatihan yang sistematis.
- f. Sistem surveillance kurang terintegrasi.
- g. Jumlah rantai dingin terbatas dan banyak peralatan rantai dingin yang sudah tua/ tidak layak pakai.
- h. Kurangnya advokasi kepada pengambil kebijakan dan pemangku kepentingan tentang pentingnya imunisasi.
- i. Kurangnya KIE dan kegiatan mobilisasi sosial/masyarakat.
- j. Ketersediaan vaksin di lapangan masih mengalami hambatan baik dalam jumlah maupun waktu yang disebabkan proses administrasi pengadaan.
- k. Pembinaan dan pengawasan pelayanan imunisasi oleh institusi swasta belum optimal.
- l. Tidak konsistennya penggunaan angka/nilai denominator dan data target ditingkat lokal dalam kaitannya dengan kebijakan dari tingkat pusat.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

#### **PELUANG (*OPPORTUNITIES*)**

- a. Kebijakan Desentralisasi memberi kewenangan yang lebih luas kepada pemerintah daerah, sehingga kewenangan intervensi yang dilaksanakan lebih spesifik, mudah diterapkan dan efektif.
- b. Perhatian dan komitmen Internasional cukup tinggi, sehingga dukungan dari donor cukup banyak.
- c. Imunisasi saat ini sudah menjadi kebutuhan khususnya pada masyarakat perkotaan, sehingga mereka banyak mendatangi unit pelayanan imunisasi statis baik pemerintah maupun swasta.
- d. Banyak kegiatan berbasis masyarakat yang terkait dengan program kesehatan.
- e. Banyak pilihan jenis perlengkapan rantai dingin dan jarum suntik yang telah terdaftar PIS-WHO yang dapat disesuaikan dengan kondisi setempat.

#### **ANCAMAN (*THREATS*)**

- a. Komitmen dari pemerintah daerah belum sepenuhnya memprioritaskan penyelenggaraan imunisasi seperti yang diharapkan, sehingga peraturan daerah dan penganggaran kurang optimal
- b. Banyaknya kejadian seperti bencana, pilkada, pemekaran wilayah, konflik sosial, suplai listrik yang tidak stabil dan lain-lain, mempengaruhi penyelenggaraan imunisasi rutin sehingga menyebabkan penurunan cakupan
- c. Belum sepenuhnya terjamin penganggaran untuk kesinambungan pendanaan sesudah berakhirnya bantuan donor baik di tingkat Pusat maupun daerah.
- d. Banyaknya daerah secara geografis sulit dijangkau pelayanan imunisasi sehingga masih banyak kantong cakupan rendah
- e. Kapasitas infrastruktur meliputi sarana dan prasarana yang mendukung penyelenggaraan imunisasi meliputi sarana transportasi, suplai listrik, tempat penyimpanan vaksin, dan lain-lain sebagian daerah belum memenuhi standar.





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- f. Masih ada budaya di beberapa daerah yang menghambat penyelenggaraan imunisasi.
- g. Unit pelayanan swasta masih banyak yang belum mengikuti standar prosedur teknis yang ditetapkan dan melaporkan secara rutin hasil cakupan imunisasi.

Analisis SWOT ini sejalan dengan visi, strategi dan tujuan dari Kementerian Kesehatan dan membantu rencana aksi Program Imunisasi di Indonesia.

## II. GERAKAN AKSELERASI IMUNISASI NASIONAL UNIVERSAL CHILD IMMUNIZATION (GAIN-UCI)

Penyelenggaraan kegiatan imunisasi sejak tahun 2005 berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. Salah satu tujuannya adalah tercapainya target *Universal Child Immunization (UCI)* yaitu cakupan imunisasi dasar lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di 100% Desa/ Kelurahan pada tahun 2010, jadi setiap desa harus mencapai UCI yaitu cakupan imunisasi dasar bayi lengkap minimal 80%.

Target yang telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri tersebut ternyata dalam pelaksanaannya menghadapi kendala adanya perubahan petugas pelaksana kegiatan imunisasi dari juru imunisasi (jurim) yang diangkat sejak pertengahan tahun 1980-an bertugas khusus bertanggungjawab hanya untuk kegiatan imunisasi, dialihkan kepada bidan yang memiliki tugas ganda. Dalam masa peralihan (2005) terjadi penurunan pencapaian cakupan, namun seiring dengan berjalannya waktu, kinerja kegiatan imunisasi berangsur naik. Sehingga perlu penjadwalan ulang target pencapaian secara bertahap dari 2010 sampai akhir tahun 2014 seluruh Desa/ Kelurahan mencapai 100% UCI.

Pencapaian Desa/Kelurahan UCI tahun 2008 baru mencapai 68,2%, padahal target nasional pada tahun 2014 ialah 100% UCI desa/kelurahan, artinya pada akhir tahun 2014 seluruh desa/kelurahan harus sudah mencapai UCI.

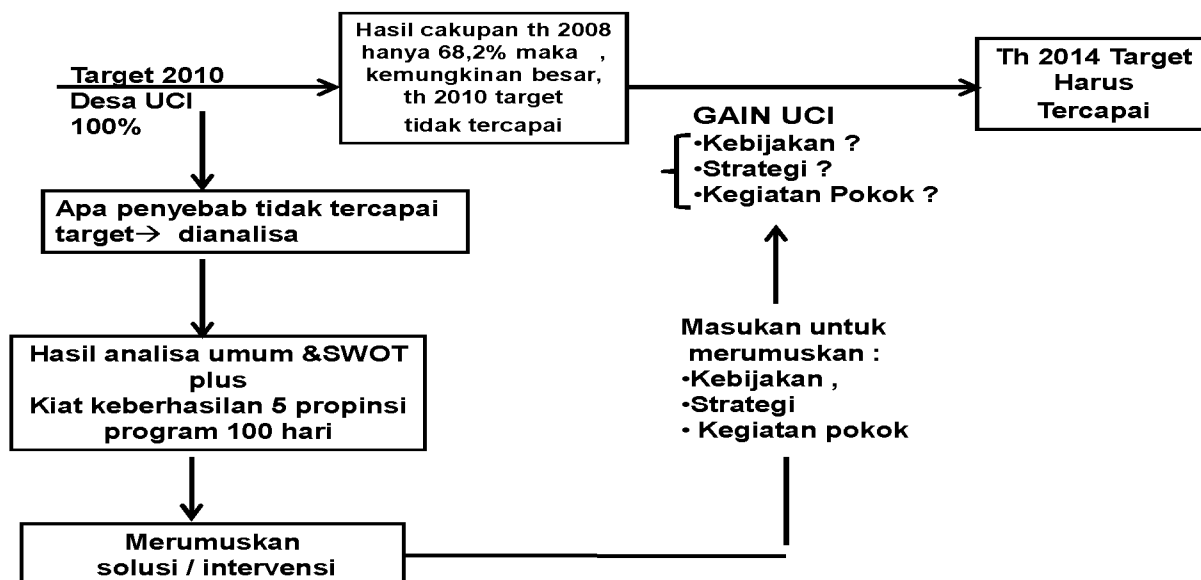
Mengingat pelaksanaan pelayananan imunisasi banyak mengalami hambatan sehingga mempersulit pencapaian UCI diseluruh Desa/Kelurahan, maka perlu



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

upaya untuk mempercepat pencapaian target UCI melalui kegiatan akselerasi peningkatan cakupan imunisasi rutin pada bayi berupa Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional-Universal Child Immunization (GAIN-UCI) 2010-2014.

## Kerangka Pikir GAIN UCI 2010-2014



### 2.1. PENGERTIAN DAN LINGKUP KEGIATAN GAIN UCI 2010-2014

#### PENGERTIAN

Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional UCI 2010- 2014 (GAIN UCI 2014) adalah upaya percepatan pencapaian UCI di seluruh desa / kelurahan pada tahun 2014 melalui suatu gerakan yang dilaksanakan oleh pemerintah bersama seluruh lapisan masyarakat dan berbagai pihak terkait secara terpadu di semua tingkat administrasi.

#### LINGKUP KEGIATAN GAIN-UCI 2010-2014

Kegiatan pelayanan imunisasi rutin pada bayi dan berbagai kegiatan lainnya sebagai pendukung dalam rangka percepatan kenaikan cakupan UCI Desa/kelurahan meliputi perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi disemua jenjang administrasi. Pelaksanaan pelayanan imunisasi disamping mempertahankan cakupan pada daerah yang sudah UCI, dilakukan kegiatan khusus untuk menjangkau daerah kantong. Untuk menjangkau daerah kantong tersebut



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

didasarkan hasil analisa setempat dan didukung berbagai pihak terkait termasuk masyarakat.

## **2.2. TUJUAN DAN SASARAN**

### **2.2.1. Tujuan**

#### **Tujuan Umum:**

Tercapainya UCI Diseluruh Desa/Kelurahan Secara Bertahap Mulai dari Tahun 2010 hingga Tahun 2014 sehingga penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi dapat dicegah dan atau dieliminasi.

#### **Tujuan Khusus:**

1. Tersedianya sumber daya pendukung yang memadai termasuk Nakes pengelola dan pelaksana Imunisasi, Vaksin, Cold Chain, operasional lainnya untuk melaksanakan kegiatan imunisasi dasar lengkap pada bayi usia 0 – 11 bulan.
2. Terselenggaranya kegiatan imuisasi dasar lengkap pada bayi usia 0-11 bulan diseluruh Puskesmas dan jajarannya termasuk sarana pelayanan kesehatan lainnya (RS dan pos pelayanan kesehatan swasta lain).
3. Tercapainya cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi usia 0-11 bulan minimal 90%.
4. Tercapainya penurunan kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi dasar lengkap pada bayi usia 0-11 bulan.

### **2.2.2. Sasaran**

Untuk mengoptimalkan Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional guna mencapai *Univarsal Child Immunization* (UCI) maka dianggap perlu untuk menentukan sasaran berdasarkan skala prioritas sehingga kegiatan dapat fokus dan memberikan *output* yang maksimal. Adapun sasaran dimaksud yaitu:

1. Tersedianya vaksin, alat dan bahan lainnya sesuai dengan kebutuhan baik untuk kuantitas dan kualitas guna mendukung Imunisasi pada bayi 0-11 bulan.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

2. Tersedianya dukungan politis dan komitmen share holders/stake holders di tingkat Pusat hingga ke tingkat daerah sehingga tersedia sumber daya yang memadai antara lain anggaran operasional bersumber APBD dan sumber lain yang tidak bertentangan dengan peraturan.
3. Terselenggaranya peningkatan kunjungan ibu dan bayi pada kegiatan imunisasi melalui peran serta masyarakat secara aktif.
4. Terselenggaranya pemantapan mutu pelayanan melalui peningkatan saran pelayanan kesehatan dan kemampuan serta perilaku petugas penyelenggara imunisasi dasar lengkap bayi 0-11 bulan.
5. Terselenggaranya pemantapan cakupan dan mutu pelayanan di daerah/desa/kelurahan yang telah mencapai UCI tahun-tahun sebelumnya.
6. Terselenggaranya peningkatan cakupan dan mutu pelayanan di daerah/desa/kelurahan yang belum mencapai UCI di tahun-tahun sebelumnya terutama di Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) termasuk Kawasan Indonesia Timur (KIT).

### **III. KEBIJAKAN, STRATEGI DAN KEGIATAN POKOK**

Rumusan kebijakan, strategi dan kegiatan pokok GAIN UCI 2010-2014 ditetapkan berdasarkan kajian mendalam terhadap penyebab atau hambatan penyelenggaraan imunisasi selama beberapa tahun terakhir ini dan juga pembelajaran dari keberhasilan akselerasi imunisasi tahap pertama di 5 provinsi di pulau Jawa (Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur). Target akselerasi imunisasi pada 46 kabupaten/kota terpilih yang meliputi 2.080 desa/kelurahan. Pelaksanaan akselerasi ini dilaksanakan sebagai bagian dari program kerja 100 hari (100 H) Kabinet Indonesia Bersatu II.

#### **3.1. KEBIJAKAN**

1. Pemantapan peran dan fungsi antara Pemerintah Pusat, Daerah dan stake holders lainnya sesuai dengan kewenangan dan kemampuan dalam penyelenggaraan Imunisasi pada bayi 0 – 11 bulan

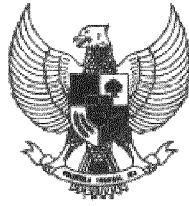


MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

2. Pemenuhan kebutuhan ketersediaan vaksin, alat dan bahan lainnya untuk dukungan operasional untuk pelayanan Imunisasi pada bayi 0-11 bulan
3. Peningkatan dan atau pematapan pengawasan rantai dingin (cold chain) secara berjenjang mulai dari tingkat Pusat hingga ke tingkat daerah dan pengguna.
4. Peningkatan peran serta masyarakat untuk kegiatan Imunisasi
5. Pematapan mutu pelayanan Imunisasi berdasarkan Norma Standar Prosedur dan Kriteria (NSPK) yang ada
6. Pemerataan jangkauan pelayanan kegiatan imunisasi di Desa/ Kelurahan yang cakupan rendah (daerah kantong), rawan sosial, rawan penyakit (KLB) dan daerah-daerah sulit.

### **3.2 STRATEGI**

1. Meningkatkan kemampuan dan kinerja tenaga kesehatan baik pengelola di pusat dan daerah maupun pelaksana pelayanan imunisasi di lapangan.
2. Meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan dan biaya operasional yang memadai terutama di DTPK dan KIT.
3. Meningkatkan ketersediaan kebutuhan vaksin, alat dan bahan pendukung kegiatan Imunisasi
4. Meningkatkan manajemen kegiatan imunisasi termasuk PWS dan pencatatan pelaporan secara berjenjang.
5. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat termasuk swasta dalam upaya pencapaian UCI Desa
6. Memantapkan pelayanan imunisasi guna mempertahankan cakupan UCI di wilayah/ daerah/desa yang sudah mencapai UCI Desa di tahun sebelumnya
7. Meningkatkan pelayanan imunisasi guna meningkatkan cakupan UCI di DTPK dan KIT yang belum mencapai UCI di tahun sebelumnya.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### 3.3. KEGIATAN POKOK

#### 3.3.1. PEMBAGIAN KEGIATAN KELOMPOK BERDASARKAN JENISNYA

Kegiatan pokok berdasarkan terbagi dalam beberapa jenis sebagai berikut :

Pengembangan & Legalitas, yaitu mengembangkan perangkat hukum yang ada dan/atau mengharmonisasikannya kedalam landasan hukum untuk penguatan dan dukungan terhadap langkah-langkah kegiatan GAIN-UCI 2010-2014;

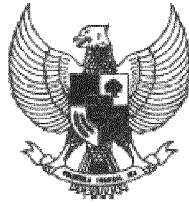
Promosi atau penyebarluasan kegiatan yang sedang dilakukan, untuk membangun pemahaman dan kesadaran serta memperoleh dukungan masyarakat secara luas melalui deseminasi informasi (advokasi dan sosialisasi) baik melalui seminar, media cetak, *talk show*, poster, dan lain-lainnya.

Manajemen penyelenggaraan imunisasi. Kegiatannya dapat merupakan kegiatan manajemen berupa persiapan penentuan wilayah (daerah kantong) target sasaran, persiapan sarana dan prasarana, bahan bacaan, standarisasi. Sampai dengan langkah-langkah operasional, meng-identifikasi sasaran (misalnya sasaran sakit berat atau gizi buruk ditemukan sebelum di imunisasi), pemberian vaksin sesuai standar dan sasaran daerah kantong. Kegiatan manajemen ini dilaksanakan baik di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, maupun di Puskesmas, sesuai dengan kapasitasnya;

Penanggulangan KIPI adalah upaya untuk menanggulangi kejadian ikutan pasca imunisasi. Kegiatan penanggulangan ini diharapkan mampu menapis rumor atau melakukan tindakan rujukan tepat waktu dan benar sesuai standar. Kegiatan ini dilaksanakan baik di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, maupun di Puskesmas, sesuai dengan kapasitasnya.

Pencatatan, Pelaporan & Monev. Adalah kegiatan cakupan imunisasi yang dilaporkan secara periodik maupun sesaat (*real time*), bila ada. Menggunakan format-format pelaporan yang baku, secara periodik harus dilaporkan. Jalur pelaporan dapat melalui faksimili atau alamat e-mail, atau pengembangan pemanfaatan teknologi tepat guna. Kegiatan ini dilaksanakan berjenjang mulai dari tingkat operasional, Puskesmas, Kabupaten/ Kota, Provinsi, sampai dengan Pusat, sesuai dengan kapasitasnya. Lihat lampiran 6; Bagan Skema Alur Koordinasi, Integrasi dan Pelaporan;

Koordinasi, Integrasi & Kelembagaan, adalah kegiatan yang melibatkan pihak lain yang berkepentingan dan terkait, termasuk informasi yang harus diberikan kepada pihak lain tersebut karena adanya keterikatan kewajiban, baik nasional maupun internasional. Kegiatan koordinasi dan integrasi dengan pihak swasta baik di Pusat maupun di Daerah, sebagai bentuk partisipasi kepedulian swasta terhadap keberlangsungan berbagai kegiatan, terujud melalui forum ini;



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

### 3.3.2. PEMBAGIAN KEGIATAN KELOMPOK BERDASARKAN JENJANG ADMINISTRASI

Kegiatan pokok pada setiap jenjang administrasi berbeda karena harus sesuai dengan tugas dan kewenangannya. Untuk tingkat lapangan diprioritaskan terhadap daerah yang merupakan kantong-kantong cakupan rendah. Berdasarkan analisa penyebab atau hambatan terhadap pencapaian target UCI Desa/Kelurahan maka daerah kantong cakupan rendah dibagi 2 (dua) yaitu :

- a. daerah kantong yang tidak terjangkau pelayanan imunisasi karena geografis dan sulitnya transportasi.
- b. daerah kantong yang terjangkau pelayanan imunisasi tetapi sulit mencapai target karena berbagai masalah atau hambatan yang belum teratasi.

Dalam uraian kegiatan pokok dibawah ini akan diuraikan kegiatan pokok untuk tingkat pusat , propinsi, kabupaten/kota dan lapangan . Uraian kegiatan pokok untuk tingkat lapangan hanya menjelaskan untuk daerah kantong cakupan rendah , hal ini bukan berarti daerah yang sudah berhasil mencapai cakupan tidak perlu melaksanakan GAIN UCI . Seluruh desa/kelurahan di Indonesia harus melaksanakan GAIN UCI . Bagi daerah yang beberapa tahun belakangan ini telah berhasil , maka pada tahun 2010 dan seterusnya minimal harus mempertahankan kinerjanya dan kalau bisa meningkatkan mutu pelayanan imunisasi.

Jenis kegiatan pokok bisa sama untuk beberapa jenjang administrasi tetapi dalam penerapannya , kegiatan pokok tersebut harus sesuai dengan tugas kewenangan jenjang administrasinya.

#### 3.3.2.1. PUSAT

Aspek Legalitas, Advokasi, sosialisasi, koordinasi dan keterpaduan, pemberdayaan masyarakat dan berbagai pihak terkait, pemenuhan kebutuhan termasuk penyediaan logistik / vaksin, supervition supportive dan evaluasi dan lain-lain.



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

Rincian kegiatan di tingkat Pusat sebagai berikut :

Aspek legal , meliputi :

Keputusan Menteri Kesehatan tentang GAIN UCI 2010-2014 terlampir  
Pedoman GAIN UCI 2010-2014

Surat edaran dari Menkes, Mendagri atau lainnya yang setingkat bila diperlukan.

Menyediakan pedoman dan petunjuk teknis penyelenggaraan imunisasi termasuk manajemen vaksin, KIPI, bimbingan teknis dan lain-lain sebagai standar penyelenggaraan imunisasi.

Advokasi, ditujukan kepada para penentu kebijakan dari berbagai lintas sektor , berbagai pihak terkait lainnya ditingkat pusat maupun provinsi dalam rangka menggalang dukungan untuk memfasilitasi penyelenggaraan GAIN UCI.

Sosialisasi tentang kegiatan GAIN UCI ditujukan kepada lintas sektor/ program, organisasi, swasta, masyarakat melalui pertemuan dan berbagai media komunikasi yang mempunyai lingkup secara nasional.

Meningkatkan koordinasi dan keterpaduan dengan lintas program dan sektor seperti mengintegrasikan kegiatan imunisasi kedalam program BOK, DTPK dan lain-lain.

Pemberdayaan masyarakat dan berbagai pihak terkait yang diarahkan dalam pemenuhan kebutuhan sumber daya pendukung termasuk dukungan transportasi, operasional dan lain-lain.

Menyusun perencanaan sumber daya yang dibutuhkan berdasarkan sasaran, kajian epidemiologi, spesifik daerah.

Penyediaan vaksin, ADS, Safety box dan logistik lain yang menjadi tanggung jawab pusat dan didistribusikan ke provinsi sesuai kebutuhan.

Bimbingan teknis dan monitoring dilakukan secara berjenjang melalui kegiatan bimbingan suportif dengan membantu menyelesaikan permasalahan yang dijumpai dilapangan, sehingga masalah /hambatan tersebut bisa diselesaikan segera .

Evaluasi dilaksanakan pada akhir tahun untuk menilai penyelenggaraan selama setahun sehingga diketahui keberhasilan dan kekurangannya





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

selanjutnya hasil evaluasi tersebut untuk masukan perencanaan tahun berikutnya sehingga perencanaan tahun berikutnya bisa lebih baik.

#### 3.3.2.2. PROVINSI

Untuk mendukung kegiatan GAIN UCI di daerah dibutuhkan Surat Keputusan atau edaran Gubernur kepada Bupati /Walikota.

Dalam rangka menggalang dukungan untuk memfasilitasi operasional di lapangan dilakukan upaya advokasi kepada para penentu kebijakan dari berbagai lintas sektor.

Koordinasi dan keterpaduan dengan lintas program/sektor, berbagai pihak terkait dalam rangka memadukan rencana kegiatan dan sumber daya yang dapat mendukung penyelenggaraan GAIN UCI.

Sosialisasi melalui pertemuan, penyuluhan dan promosi menggunakan berbagai media komunikasi local di provinsi.

Menyusun perencanaan sumber daya yang dibutuhkan berdasarkan sasaran, epidemiologi , spesifik daerah.

Menggandakan dan mendistribusikan pedoman penyelenggaraan imunisasi sebagai standar penyelenggaraan di daerah.

Mendistribusikan vaksin dan logistik lain ke kabupaten/kota sesuai kebutuhan.

Bimbingan teknis dan monitoring dilakukan melalui kegiatan bimbingan suportif dengan membantu menyelesaikan permasalahan yang dijumpai dilapangan, sehingga masalah /hambatan tersebut bisa diselesaikan segera .

Evaluasi dilaksanakan pada akhir tahun dalam rangka menilai pencapaian dan hambatan yang dapat digunakan sebagai dasar perencanaan tahun berikutnya.

#### 3.3.2.3. KABUPATEN/KOTA

Untuk mendukung kegiatan GAIN UCI di daerah dibutuhkan Surat Keputusan atau edaran Bupati /Walikota kepada Camat dan Kepala Desa/Lurah.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Advokasi kepada para penentu kebijakan dari berbagai lintas sektor dilakukan dalam rangka menggalang dukungan untuk memfasilitasi operasional di lapangan.

Mengoptimalkan forum koordinasi yang ada untuk memadukan rencana kegiatan dari berbagai sektor dalam pemenuhan kebutuhan sumber daya pendukung termasuk dukungan transportasi, operasional dan lain-lain untuk mendukung pencapaian UCI terutama pada daerah sulit di jangkau dan daerah dengan cakupan yang rendah.

Sosialisasi dilakukan melalui pertemuan, penyuluhan, dan promosi dengan menggunakan berbagai media.

Menyusun perencanaan sumber daya yang dibutuhkan berdasarkan sasaran, epidemiologi, spesifik daerah termasuk daerah sulit dijangkau.

Menggandakan dan mendistribusikan pedoman penyelenggaraan imunisasi sebagai standar penyelenggaraan di puskesmas dan unit pelayanan kesehatan lain.

Pengadaan logistik dan peralatan yang dibutuhkan seperti ADS, vaccine carier dan lain-lain serta mendistribusikan vaksin, logistik dan peralatan lain ke puskesmas sesuai kebutuhan

Bimbingan teknis dan monitoring dilakukan melalui kegiatan bimbingan suportif, kalakarya dalam menyelesaikan permasalahan yang dijumpai dilapangan.

Evaluasi dilaksanakan pada akhir tahun dalam rangka menilai pencapaian dan hambatan yang dapat digunakan sebagai dasar perencanaan tahun berikutnya.

#### 3.3.2.4. PUSKESMAS

Sosialisasi kepada lintas sektor di kecamatan dan desa/kelurahan untuk menjelaskan kegiatan GAIN UCI terutama pada daerah sulit di jangkau dan daerah dengan cakupan yang rendah dan melakukan koordinasi untuk memadukan rencana kegiatan dari berbagai sektor.

Mobilisasi sosial oleh kader, perangkat desa untuk mendorong masyarakat ke tempat pelayanan untuk dilakukan imunisasi.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Pendataan kembali jumlah sasaran bayi dan hasil cakupan kemudian dilakukan analisa PWS.

Menyusun perencanaan berdasarkan hasil analisa PWS dengan memperhatikan spesifik permasalahan :

Daerah Sulit dijangkau

Melakukan pelayanan minimal 4 kali setahun dengan Memanfaatkan berbagai moment dan kesempatan yang ada dengan pihak lain.

Sebelum dilakukan kegiatan perlu pemberitahuan kepada masyarakat melalui tokoh masyarakat/tokoh agama setempat tentang waktu kegiatan imunisasi yang akan dilaksanakan dan meminta masyarakat untuk berkumpul disuatu tempat yang disepakati agar memudahkan pelayanan

Melakukan koordinasi dengan berbagai pihak untuk mendukung pelaksanaan

Daerah Terjangkau Pelayanan Tapi Tidak Mencapai Target

Koordinasi, advokasi, sosialisasi, meningkatkan partisipasi masyarakat

Validasi data sasaran & cakupan dan analisa pemantauan wilayah setempat imunisasi.

Menyusun rencana intervensi yang spesifik lokal dan pengembangan inovasi , dengan melibatkan toga, toma dan aparat pemerintah setempat

Pembinaan teknis medis, pencatatan dan pelaporan, kipi, coldchain kesemua pelaksana termasuk unit pelayanan swasta.

Masalah yang tidak terpecahkan segera konsultasi ke tingkat atas.

Menyusun jadwal kegiatan dan pembagian tugas.

Dan lain-lain sesuai kebutuhan setempat.

### 3.3.2.5. DAERAH YANG MENCAPAI TARGET

UCI Tingkat Desa /Kelurahan adalah target yang harus dicapai setiap tahun karena setiap tahun targetnya adalah bayi pada tahun tersebut , maka setiap desa setiap tahun harus mencapai target sasaran.

Oleh karena itu untuk daerah yang tahun lalu telah mencapai target , maka untuk tahun sekarang kegiatan pokoknya ialah :



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

Minimal mempertahankan Kinerja

Kalau memungkinkan meningkatkan mutu pelayanan.

Pengadaan logistik dan peralatan yang dibutuhkan seperti ADS, vaccine carier dan lain-lain serta mendistribusikan vaksin, logistik dan peralatan lain ke puskesmas sesuai kebutuhan.

Bimbingan teknis dilakukan melalui kegiatan bimbingan suportif, OJT dalam menyelesaikan permasalahan yang dijumpai dilapangan.

Evaluasi dilaksanakan pada akhir tahun dalam rangka menilai pencapaian dan hambatan yang dapat digunakan sebagai dasar perencanaan tahun berikutnya.

### 3.3.3. PEMBAGIAN KEGIATAN KELOMPOK BERDASARKAN TAHAPAN SETIAP TAHUNNYA

#### 3.3.3.1. Tahap Persiapan

- a. Legalitas, untuk tingkat pusat melaksanakan Penerbitan SK GAIN UCI berikut pedoman, Surat Edaran, Bahan advokasi, Format RR, Bahan Penyuluhan
- b. Advokasi
- c. Sosialisasi kemasyarakatan
- d. Koordinasi dan integrasi , menghasilkan pembentukan kelompok kerja yang terdiri lintas sektor, program, dan berbagai pihak terkait serta masyarakat
- e. Penjelasan teknis secara berjenjang keseluruhan pengelola dan pelaksana
- f. Mobilisasi sumber daya yang berasal dari berbagai pihak dan masyarakat termasuk dunia internasional untuk mendukung pelaksanaan GAIN UCI
- g. Pemetaan , perhitungan sasaran
- h. Perencanaan meliputi pola pelayanan , menghitung kebutuhan sumber daya, jadwal
- i. Penyediaan dan pendistribusian logistic sampai lapangan
- j. Mobilisasi sasaran

#### 3.3.3.2. Tahap Pelaksanaan



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- a. Pelaksanaan pelayanan , bisa diintegrasikan dengan program dan sektor lainnya
- b. Pemantauan KIPi
- c. Pencatatan pelaporan dan umpan balik

#### 3.3.3.3. Tahap Pasca Pelaksanaan

##### Evaluasi Akhir

#### IV. INDIKATOR KEBERHASILAN

Indikator keberhasilan GAIN UCI mengacu pada RPJMN Tahun 2010-2014 yang menyebutkan bahwa salah satu kegiatan imunisasi adalah pencapaian UCI desa/kelurahan 100% pada tahun 2014, sebagai berikut :

- a. Tahun 2010 mencapai UCI desa/kelurahan 80%,
- b. Tahun 2011 mencapai UCI desa/kelurahan 85%,
- c. Tahun 2012 mencapai UCI desa/kelurahan 90%,
- d. Tahun 2013 mencapai UCI desa/kelurahan 95%,
- e. Tahun 2014 mencapai UCI desa/kelurahan 100%.

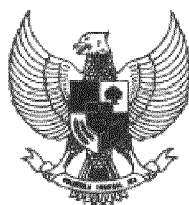
#### V. PEMBELAJARAN AKSELERASI IMUNISASI PROGRAM 100 HARI

##### KIB II DI 5 PROVINSI

Pada tanggal 16 Nopember 2009 s/d 26 Januari 2010 telah dilakukan program akselerasi imunisasi tahap pertama di 5 provinsi di pulau Jawa (Banten, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur). Target akselerasi imunisasi pada 46 kabupaten/kota terpilih yang meliputi 2.080 desa/kelurahan. Pelaksanaan akselerasi ini dilaksanakan sebagai bagian dari program kerja 100 hari (100 H) Kabinet Indonesia Bersatu II.

Alasan pemilihan 5 provinsi di Pulau Jawa adalah:

- a. Mempunyai jumlah sasaran yang sangat besar (52%) sehingga peningkatan cakupan pada 5 provinsi akan meningkatkan cakupan secara nasional.
- b. Infrastruktur, kondisi geografis dan sumber daya yang baik.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA

c. Jumlah anak yang tidak pernah mendapatkan imunisasi dan atau imunisasi tidak lengkap terbanyak berada di provinsi ini.

Sasaran Program 100 H akselerasi imunisasi ini adalah seluruh bayi (0 – 11 bulan) di wilayah desa/kelurahan terpilih yang belum pernah atau belum lengkap mendapatkan imunisasi dasar lengkap, dengan rincian sebagai berikut:

No	Provinsi	Jlh Kab/Kota	Jlh Desa/Kelurahan	Jlh Target*
1	DKI Jakarta	6	56	14.905
2	Banten	3	162	9.021
3	Jawa Barat	5	550	17.469
4	Jawa Tengah	25	749	48.663
5	Jawa Timur	7	563	5.715
	<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>2.080</b>	<b>95.773</b>

Berikut adalah hasil pencapaian kegiatan akselerasi imunisasi fase I di 5 provinsi:

1. Provinsi Banten:

LAPORAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI PROGRAM IMUNISASI PROVINSI BANTEN SAMPAI DENGAN TGL.25 JANUARI 2010							
NO	KAB/KOTA	JUMLAH PKM/KEC	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	JUMLAH DESA BERDASARKAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI IMUNISASI S/D MINGGU .....			DESA UCI > 80 %
				DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH < 60 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH 60 - <80 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH ≥ 80 % (UCI)	
1	SERANG	10	66	0	0	66	100,00
2	TANGSEL	10	54	0	0	54	100,00
3	CILEGON	8	42	0	0	42	100,00
	<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>162</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>162</b>	<b>100,00</b>

2. Provinsi DKI Jakarta:



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

LAPORAN MINGGUAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI PROGRAM IMUNISASI 2009 PROVINSI DKI JAKARTA SAMPAI DENGAN 22 JANUARI 2010						
NO	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH PUSKESMAS/ KECAMATAN	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	JUMLAH DESA BERDASARKAN HASIL CAKUPAN		
				DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH < 60 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH 60 - < 80 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH ≥ 80 % (UCI)
1	JAKARTA PUSAT	6	12	0	0	12
2	JAKARTA UTARA	6	18	0	0	18
3	JAKARTA BARAT	2	4	0	0	4
4	JAKARTA SELATAN	6	10	0	0	10
5	JAKARTA TIMUR	4	6	0	0	6
6	KEPULAUAN SERIBU	2	6	0	0	6
<b>TOTAL</b>		<b>26</b>	<b>56</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56</b>

3. Provinsi Jawa Barat:

LAPORAN MINGGUAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI PROGRAM IMUNISASI 2009 PROVINSI JAWA BARAT						
NO	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH PUSKESMAS/ KECAMATAN	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	JUMLAH DESA BERDASARKAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI IMUNISASI		
				DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH < 60 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH 60 - 90 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH < 90 % (UCI)
1	SUKABUMI	43	161	0	0	161
2	BANDUNG	47	112	0	0	112
3	TASIKMALAYA	39	170	0	0	170
4	KT BANDUNG	40	72	0	0	72
5	KT TASIK	10	35	0	0	35
<b>TOTAL</b>		<b>179</b>	<b>550</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>550</b>

4. Provinsi Jawa Timur:

LAPORAN MINGGUAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI PROGRAM IMUNISASI 2009 PROVINSI JAWA TIMUR SAMPAI DENGAN MINGGU KE 3 (25 JANUARI 2010)							
NO	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH PUSKESMAS/ KECAMATAN	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	JUMLAH DESA BERDASARKAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI IMUNISASI S/D MINGGU KE 3 (25 JANUARI 2010)			
				DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH < 60 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH 60 - 80 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH > 80 % (UCI)	%
1	PONOROGO	10	91	0	0	91	100,0
2	MAGETAN	11	99	0	0	99	100,0
3	JOMBANG	14	119	0	0	119	100,0
4	MOJOKERTO	9	78	0	0	78	100,0
5	KEDIRI	2	15	0	0	15	100,0
6	MALANG	10	62	0	0	62	100,0
7	PASURUAN	10	99	0	0	99	100,0
<b>TOTAL</b>		<b>66</b>	<b>563</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>563</b>	<b>100,0</b>



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIC INDONESIA

5. Provinsi Jawa Tengah:

HASIL AKSELERASI PROGRAM IMUNISASI PROVINSI JAWA TENGAH							
NO	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH PUSKESMAS/ KECAMATAN	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	JUMLAH DESA BERDASARKAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI IMUNISASI S/D MINGGU KE XI			
				DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH < 60 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH 60 - < 80 %	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH ≥ 80 %	% DESA UCI
1	KOTA SEMARANG	10	15	0	0	15	100
2	KOTA SALATIGA	6	10	0	0	10	100
3	KAB. KENDAL	25	39	0	0	39	100
4	KAB. GROBOGAN	25	41	0	0	41	100
5	KAB. REMBANG	16	50	0	0	50	100
6	KAB. BLORA	20	16	0	0	16	100
7	KAB. PEKALONGAN	15	14	0	0	14	100
8	KAB. TEGAL	25	39	0	0	39	100
9	KAB. BREBES	25	28	0	0	28	100
10	KAB. BANYUMAS	20	29	0	0	29	100
11	KAB. BANJARNEGARA	25	16	0	0	16	100
12	KAB. PURBALINGGA	20	40	0	0	40	100
13	KAB. CILACAP	20	27	0	0	27	100
14	KAB. WONOSOBO	22	47	0	0	47	100
15	KAB. PURWOREJO	27	84	0	0	84	100
16	KAB. KEBUMEN	25	45	0	0	45	100
17	KAB. KLATEN	20	35	0	0	35	100
18	KAB. BOYOLALI	20	20	0	0	20	100
19	KAB. KARANGANYAR	10	20	0	0	20	100
20	KAB. WONOGIRI	15	50	0	0	50	100
21	KAB. PEMALANG	10	13	0	0	13	100
22	KAB. SEMARANG	15	30	0	0	30	100
23	KAB. PATI	12	12	0	0	12	100
24	KAB. JEPARA	10	12	0	0	12	100
25	KAB. MAGELANG	12	17	0	0	17	100
	<b>TOTAL</b>	<b>450</b>	<b>749</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>749</b>	<b>100</b>

Tabel 1: Hasil Cakupan Akselerasi Program Imunisasi Tahun 2009





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

LAPORAN MINGGUAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI PROGRAM IMUNISASI 2009									
NO	PROVINSI	JUMLAH PUSKESMAS / KECAMATAN	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	JUMLAH DESA BERDASARKAN HASIL CAKUPAN AKSELERASI IMUNISASI					
				DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH < 60 %	%	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH 60 - < 80 %	%	DESA DENGAN CAKUPAN ANTIGEN TERENDAH ≥ 80 % (UCI)	%
1	DKI JAKARTA	26	56	0	0,0	0	0,0	56	100,0
2	BANTEN	28	162	0	0,0	0	0,0	162	100,0
3	JABAR	179	550	0	0,0	0	0,0	550	100,0
4	JATENG	450	749	0	0,0	0	0,0	749	100,0
5	JATIM	66	563	0	0,0	0	0,0	563	100,0
	TOTAL	749	2080	0	0,0	0	0,0	2080	100,0

Dari tabel di atas terlihat bahwa hasil dari pelaksanaan program 100 H akselerasi imunisasi ini berhasil mencapai target yang telah ditetapkan, yaitu tercapainya UCI di 2,080 desa terpilih pada 46 kabupaten/kota di 5 provinsi dan untuk dapat menilai desa sudah berhasil mencapai UCI maka cakupan dari 4 antigen sebagai indikator (BCG, DPT/ HB3, Polio4, dan Campak) di desa/kelurahan tersebut harus  $\geq 80\%$ .

Dengan melihat pelaksanaan akselerasi ini, dimana keberhasilan pelaksanaan imunisasi ini diukur dengan pencapaian UCI desa/kelurahan, maka pelaksanaan akselerasi ini sangat penting perannya dan perlu dilanjutkan di semua provinsi. Keberhasilan program imunisasi tersebut ditentukan dengan membuat strategi pencapaian, dengan tetap menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan imunisasi melalui Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional *Universal Child Immunization* (GAIN UCI).

### 5.1. Kiat-Kiat Keberhasilan Akselerasi

Kiat-kiat keberhasilan yang dilaksanakan provinsi dalam pelaksanaan akselerasi imunisasi program 100 H KIB II yaitu :

- Pelaksanaan sweeping untuk kelengkapan imunisasi lengkap, tidak hanya berdasarkan pada pendataan posyandu (buku kader) tetapi juga pada catatan kohort bayi.
- Mengaktifkan kembali PWS imunisasi sekaligus analisa data PWS.



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

- c. Validasi data cakupan oleh bidan di masing-masing desa dengan melibatkan kader.
- d. Umpan balik hasil analisa PWS kepada Lintas Program dan Pimpinan Puskesmas.
- e. Membuat PWS secara berkala bulanan baik ditingkat Puskesmas/Kabupaten khususnya cakupan imunisasi lengkap sehingga dapat diintervensi dengan pelaksanaan sweeping atau kunjungan rumah ke rumah untuk kelengkapan imunisasi pada bayi.
- f. Penentuan sasaran puskesmas/ desa berdasarkan hasil pendataan oleh bidan di desa sehingga sasaran imunisasi dapat tercapai sesuai dengan sasaran yang ada (riil).
- g. Peningkatan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor dalam meningkatkan sumber dana melalui APBD Kabupaten/Kota dalam meningkatkan program imunisasi (UCI Desa, BIAS, Sweeping dan lain-lain).
- h. Dinas kesehatan kabupaten/kota memberikan umpan balik hasil cakupan imunisasi lengkap pada Puskesmas, Camat dan TP-PKK setiap tiga bulan untuk mendapat dukungan dari lintas sector terkait dalam pencapaian dan pemantapan UCI desa.
- i. Meningkatkan kerjasama dengan organisasi profesi ( IDAI, IBI ) serta dengan Unit Pelayanan swasta untuk meningkatkan cakupan HB 0-7 hari.

## VI. PENUTUP

Gerakan Akselerasi Imunisasi (GAIN UCI) dilaksanakan untuk mencapai Desa UCI 100% pada tahun 2014. Untuk melaksanakan kegiatan tersebut maka setiap provinsi segera melengkapi dukungan data dan menyusun POA yang dilengkapi dengan sumber daya yang telah tersedia. Provinsi harus melakukan koordinasi dengan Pemerintah Daerah, lintas program dan sektor terkait di daerah untuk mendukung kegiatan ini.

Koordinasi lintas program dalam rangka meningkatkan keterpaduan sangat penting dalam akselerasi pencapaian cakupan imunisasi. Diharapkan adanya forum



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

komunikasi di daerah (Dinas kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota sebagai Leading program) untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan lintas program dan sektor terkait seperti PKK, Jamkesmas, HSS, CSO, Pemda, LSM lainnya.

Upaya-upaya advokasi seperti Advokasi ke Pemda, kerjasama dengan PKK, tokoh agama, revitalisasi PWS, dan local coverage survey kiranya dapat dilakukan dengan menggunakan sumber daya yang ada di daerah. Untuk pemantauan pencapaian cakupan di provinsi, kabupaten/kota dengan menggunakan pemetaan di tingkat puskesmas dengan memanfaatkan PWS.

Untuk melaksanakan kegiatan tersebut perlu upaya terencana agar anggaran program Imunisasi baik bersumber dari APBD, APBN maupun BLN dapat mendukung kegiatan tersebut. Untuk itu perlu dikoordinasikan dalam pertemuan berjenjang mulai tingkat pusat hingga ke daerah Kabupaten/Kota. Peran GAVI dalam mendukung akselerasi program imunisasi akan diimplementasi dalam ISS, HSS dan CSO. Dukungan ISS dalam bentuk revitalisasi PWS, perencanaan spesifik, pelatihan/assesment DQS, EVSM, Suportive Supervisi. Dukungan HSS dalam bentuk penggerakan masyarakat (pemetaan desa, pelatihan kader biaya operasional tingkat desa), serta integrasi dengan program KIA. Dukungan CSO secara lintas program melalui PKK, pramuka.

Penguatan kemampuan daerah menjadi sasaran utama dalam perencanaan termasuk revitalisasi PWS dan mapping daerah bermasalah dalam cakupan imunisasi, pelaksanaan, pengendalian dan evaluasi kegiatan akselerasi pencapaian UCI desa.

**MENTERI KESEHATAN,**

**ttd**

**dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, DR.PH**

Formulir 1:

Jadwal Imunisasi & Lembar Pencatatan Imunisasi Pada Buku KIA

**PENCATATAN PEMBERIAN IMUNISASI DASAR LENGKAP**

Tanggal Lahir: ..... / ..... / ..... Nama Anak: ..... Nama Orang Tua Anak: .....

Umur (bulan)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	**12+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
BCC			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Polio 1			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
DPT/ HB-1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
*Polio 2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
*DPT/ HB-2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
*Polio 3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
*DPT/ HB-3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
*Polio 4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Campak	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

\*) Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT/HB minimal 4 minggu (1 bulan). \*) Jarak antara pemberian vaksin POLIO minimal 4 minggu (1 bulan).

\*\*\*) Anak di atas 1 tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap.

Sakit ringan seperti batuk pilek, diare dan sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi.

Tambahan

Vaksin	Tanggal Pemberian

Vaksin Lain

Vaksin	Tanggal Pemberian

□ Jarak tepat pemberian imunisasi dasar lengkap

■ Waktu pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 th yg belum lengkap

**KETERANGAN:**

■ Waktu yang masih dipertimbangkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

■ Waktu yang tidak dipertimbangkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

Formulir 2:

Format Pencatatan Imunisasi sweeping dan DOFU

<b>PUSKESMAS</b> :																						
<b>KABUPATEN</b> :																						
<b>BULAN / TAHUN</b> :																						
NO.	DESA/KELURAHAN	SASARAN BAYI	BAYI DIIMUNISASI																			
			HB0(0-7)HARI		BCG		POLIO1		DPT/HB (1)		POLIO2		DPT/HB (2)		POLIO3		DPT/HB (3)		POLIO4		CAMPAK	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
*) TOTAL BULAN INI:																						
**) TOTAL KUMULATIF:																						
***) LUAR WILAYAH																						
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						

Formulir 3:

Format Pencatatan Untuk Pelayanan Yang meyerupai BLF (Backlog Fighting)

PUSKESMAS																			
KABUPATEN/KOTA																			
BULAN/TAHUN																			
NO	DESA	SASARAN (12-36 Bin)									HASIL IMUNISASI								
		DPT/HB			POLIO				CAMPAK	DPT/HB			POLIO				CAMPAK		
1	2	3	1	2	3	4	1	2		3	1	2	3	4	1	2		3	4
		4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20		
	TOTAL																		

Page 1







