

SISTEM MANAJEMEN DAN PERSEDIAAN VAKSIN DI DUA PROVINSI INDONESIA

Andi Leny Susyanty*, Rini Sasanti*, Muhamad Syaripuddin*, Yuyun Yuniar*

*Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Jakarta, Email: leny@litbang.depkes.go.id
Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia

VACCINE MANAGEMENT AND INVENTORY SYSTEM IN TWO PROVINCE INDONESIA

Abstract

The Vaccines is a biological preparation that improves immunity to a particular disease. immunization program will effectively work only if the vaccines were distributed equally and the quality is highly maintained. Some questions need to be answered by the availability of accurate data, such as vaccine inventory management systems and cold chain. It is because vaccine has a limited period and requires special treatment. Is the quality and quantity vaccine adequate? and how the role and coordination of central and local government in vaccine management? The research was a cross sectional research conducted in two provinces. It is conducted to identify factors that affect access and quality of vaccines at the health center. Data were collected by conducting in depth interview, secondary data collections and observation. Result showed that appropriate vaccines management based on the standard of immunization delivery was only in provincial level, while there was still a lot of lacking in district and PHCs level. Three out of six district health offices and eight out of eighteen PHCs have not yet had any freeze tag. Ten out of eighteen PHCs have not had electricity generator set, even though four of them had 24 hours electricity supply. Distribution of the vaccine is still has problems, it is seen from the uneven supply at same province. Based on the result, it is suggested that the information system accommodating all stages including procurement, receiving, inventory, and distribution is urgently required. In addition, the vaccine chain management mainly in district and PHCs level must be improved by conducting training and fixing up the facilities for inventory and distribution by monitoring the vaccine inventory report intensively, so the vaccine stock can be maintained and prevent risk of expiration.

Keyword: vaccine, management, distribution, stock, cold chain.

Abstrak

Vaksin adalah sediaan biologi yang dapat meningkatkan kekebalan pada beberapa penyakit. Imunisasi dapat mencegah terjadinya penyakit jika vaksin terdistribusi secara merata dan mutu vaksin terjaga dengan baik. Beberapa pertanyaan perlu dijawab dengan ketersediaan data yang akurat, diantaranya adalah bagaimana sistem manajemen dan persediaan vaksin di daerah? Hal ini mengingat masa edar vaksin yang terbatas dan vaksin membutuhkan perlakuan khusus. Apakah kualitas vaksin cukup baik dan apakah Cold chain memadai? Serta bagaimana peran instansi pemerintah pusat dan daerah terkait dengan pengelolaan vaksin? Penelitian ini dilakukan secara potong lintang di 2 Provinsi yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi akses dan kualitas vaksin di Puskesmas. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, penelusuran data sekunder dan observasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengelolaan vaksin yang sesuai pedoman penyelenggaraan imunisasi hanya ditemukan di Dinkes Provinsi, sementara di Dinkes Kab/Kota dan Puskesmas masih banyak kekurangan. Tiga dari enam Dinkes Kab/Kota dan 8 dari 18 Puskesmas yang di observasi tidak memiliki *freeze tag*. Sepuluh dari delapan belas Puskesmas tidak memiliki genset, padahal empat Puskesmas diantaranya tidak memiliki pasokan listrik 24 jam dari PLN. Distribusi vaksin juga masih bermasalah, hal ini terlihat dari persediaan yang tidak merata dalam satu Provinsi. Berdasarkan hasil penelitian tersebut diperlukan sistem informasi yang mengakomodasi sistem pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan pendistribusian dan memperbaiki rantai vaksin terutama di Dinkes Kab/Kota dan puskesmas dengan melakukan pengawasan terhadap laporan persediaan vaksin secara intensif, sehingga stok vaksin dapat terjaga dengan baik dan mencegah resiko terjadinya kadaluwarsa.

Kata Kunci: vaksin, manajemen, distribusi, persediaan, rantai vaksin

PENDAHULUAN

Beberapa isu pokok pembangunan kesehatan yang tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014 antara lain adalah belum optimalnya ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat esensial, penggunaan obat yang tidak rasional, dan penyelenggaraan pelayanan kefarmasian yang berkualitas, masih tingginya kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular serta permasalahan manajerial dalam sinkronisasi perencanaan kebijakan, program, dan anggaran serta masih terbatasnya koordinasi dan integrasi Lintas Sektor. Untuk Program Obat dan Perbekalan Kesehatan, pengadaan obat sering terkendala Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) sehingga berpotensi terputusnya ketersediaan obat dan vaksin.¹

Perencanaan yang baik atas kebutuhan logistik imunisasi berperan penting dalam mendukung pelayanan imunisasi. Mengingat keterbatasan logistik yang berupa vaksin, *Auto Disable Syringe* (ADS), *vaccine carrier* termasuk lemari es, maka logistik tersebut harus dikelola dengan baik. Saat ini di Indonesia, vaksin (100%) dan ADS (80%), dan sebagian dari *vaccine carrier* dan lemari es telah disediakan oleh Kementerian Kesehatan. Kementerian kesehatan bertanggung jawab dalam pendistribusian logistik sampai Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi, sedangkan distribusi selanjutnya termasuk biaya operasional dan mobilisasi sosial menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Dinkes Provinsi dan Dinkes Kabupaten/Kota). Hal ini menyebabkan pendistribusian logistik ke lokasi sasaran (puskesmas) sering terhambat karena biaya distribusi tidak tersedia. Kondisi ini menyebabkan kelangkaan vaksin di wilayah sasaran, dan penumpukan di gudang vaksin Provinsi atau Kabupaten Kota. Terkadang, untuk menghemat biaya distribusi, Kabupaten/Kota mendistribusikan vaksin dalam jumlah yang banyak. Hal ini menyebabkan berlebuhnya stok vaksin di sarana kesehatan. Vaksin dalam jumlah yang banyak telah menyebabkan penggunaan vaksin yang tidak efisien.²

Keputusan Menteri Kesehatan tentang Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child Immunization 2010-2014 (GAIN UCI 2010-2014) menyatakan bahwa

secara umum permasalahan penurunan cakupan maupun kualitas pelayanan imunisasi disebabkan oleh beberapa hal antara lain 1) sebagai konsekuensi dari penerapan desentralisasi yang belum berjalan sebagaimana mestinya, 2) kurangnya dana operasional imunisasi rutin di tingkat kabupaten/kota, 3) banyaknya pemekaran daerah yang tidak didukung oleh tersedianya sarana dan prasarana, 4) kurangnya koordinasi lintas sektor (unit pelayanan kesehatan swasta) terutama mengenai pencatatan dan pelaporan), 5) masih adanya keterlambatan dalam pendistribusian vaksin, baik dari gudang vaksin pusat ke gudang vaksin provinsi, gudang vaksin provinsi ke gudang vaksin kabupaten/kota, Kabupaten/Kota ke puskesmas, 6) 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) serta 7) kurangnya informasi yang lengkap dan akurat tentang pentingnya imunisasi. Akibatnya, seringkali kegiatan untuk penyusunan materi informasi ataupun pelaksanaan advokasi sebagai cara untuk meningkatkan cakupan imunisasi dikesampingkan, dan kegiatan ini pada umumnya tidak mendapatkan anggaran yang cukup dari pemerintah. Kegiatan ini sering ditempatkan dalam biaya lainnya sehingga dalam pembahasan anggaran tidak diakomodir.^{3,4}

Beberapa pertanyaan perlu dijawab dengan ketersediaan data yang akurat, diantaranya adalah bagaimana sistem manajemen dan persediaan vaksin di daerah? Hal ini mengingat masa edar vaksin yang terbatas dan vaksin membutuhkan perlakuan khusus. Apakah kualitas vaksin cukup baik dan apakah Cold chain memadai? Serta bagaimana peran instansi pemerintah pusat dan daerah terkait dengan pengelolaan vaksin? Berdasarkan permasalahan tersebut, dilakukan penelitian untuk mengetahui manajemen dan persediaan vaksin di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas. Penelitian ini dilakukan di daerah dengan jumlah kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) tinggi padahal cakupan imunisasinya cukup tinggi dan berada di atas rata-rata nasional berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2007 untuk

menggambarkan adanya masalah terhadap kualitas vaksin di daerah tersebut. Dalam penelitian ini juga dipilih daerah dengan kasus PD3I tinggi sementara cakupan imunisasinya rendah berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007 untuk menggambarkan daerah yang memiliki masalah terhadap akses vaksin di puskesmas. Kasus PD3I yang dilaporkan dalam Laporan RISKESDAS Tahun 2007 adalah kasus campak.⁵

BAHAN DAN METODE

Penelitian dilakukan pada tahun 2012 dengan desain potong lintang. Lokasi penelitian dipilih berdasarkan data imunisasi campak Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas Tahun 2007). Daerah terpilih adalah daerah dengan kriteria cakupan imunisasi campak tinggi (>80%) namun kasus campak juga tinggi (Provinsi B) dan daerah dengan cakupan imunisasi campak rendah dan kasus campak tinggi (Provinsi A). Dalam laporan Riskesdas hanya tersedia data cakupan dan kasus campak, namun penelitian ini melihat proses pengelolaan dan persediaan seluruh vaksin kebutuhan program Pemerintah. Penelitian dilakukan di tiga Kabupaten/Kota per Provinsi yang meliputi 2 Dinas Kesehatan Provinsi, 6 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan 6 Gudang Farmasi Kabupaten/Kota/Pengelola program imunisasi, dan 18 Puskesmas. Pengambilan sampel dilakukan secara purposif dengan Informan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, pengelola program imunisasi di Provinsi, Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten/Kota, pengelola program imunisasi di Kabupaten/Kota, Kepala Puskesmas, pengelola program imunisasi di Puskesmas. Data yang dikumpulkan meliputi data primer melalui wawancara dan observasi dan data sekunder dengan penelusuran dokumen. Data Primer yang dikumpulkan dari 82 informan dan hasil observasi antara lain kegiatan distribusi vaksin di daerah, data pembiayaan program imunisasi di daerah, data fasilitas distribusi, data fasilitas penyimpanan dan kepatuhan terhadap SOP/Pedoman/Juklak/Juknis distribusi serta kegiatan penyimpanan vaksin. Data sekunder meliputi data Laporan Imunisasi Rutin Nasional, Laporan Dinas Kesehatan Provinsi, dan Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Manajemen data meliputi proses transkripsi, koding, triangulasi, dan analisa data. Analisis data dilakukan secara deskriptif kualitatif. Analisis data hasil observasi dilakukan dengan melakukan skoring untuk data sarana dan prasarana pengelolaan vaksin dengan batasan operasional sebagai berikut:

HASIL

1. Kebijakan Pengelolaan Vaksin

Data Kebijakan yang didapatkan meliputi dukungan kebijakan daerah untuk program imunisasi, upaya advokasi dalam upaya peningkatan akses dan sistem pendampingan di daerah dan adanya pedoman (SOP) pengelolaan vaksin di Dinas Kesehatan dan Puskesmas Hasil wawancara yang telah dibuat matriks dapat dilihat pada Tabel 1.

Kondisi coldchain	: Skor = 1 untuk setiap kondisi yang sesuai, total skor = 24 jika seluruh kondisi coldchain sesuai pedoman pengelolaan vaksin
Sumber daya listrik	: skor =1 untuk setiap kondisi yang sesuai, total skor = 4 jika seluruh kondisi sumber daya listrik sesuai pedoman pengelolaan vaksin
Indikator kualitas vaksin	: skor =1 untuk setiap indikator yang tersedia, total skor = 4 jika seluruh indikator kualitas vaksin tersediasesuai pedoman pengelolaan vaksin.
Penyimpanan vaksin	: skor =1 untuk setiap kondisi penyimpanan yang sesuai, total skor = 4 jika seluruh kondisi penyimpanan vaksin sesuai pedoman pengelolaan vaksin.
Pencatatan suhu dan evaluasi	: skor =1 untuk setiap kriteria yang sesuai, total skor = 7 jika seluruh kriteria pencatatan suhu dan evaluasi sesuai pedoman pengelolaan vaksin
Sarana dan prasarana distribusi	: skor =1 untuk setiap sarana yang sesuai, total skor = 4 jika seluruh sarana dan prasaran distribusi tersediasesuai pedoman pengelolaan vaksin

Tabel 1. Kebijakan Manajemen dan Persediaan Vaksin

	Dinkes Provinsi	Dinkes Kab	Puskesmas
Provinsi A	Sudah ada Kebijakan dan advokasi dan kerja sama lintas sektor Masalah: kerjasama lintas sektor tidak berlangsung lama	Sudah ada kabupaten yang memiliki pokja KIPK. Masalah: Hanya 1 dari 3 Kabupaten sampel yang memiliki pokja KIPK. Tidak ada tindak lanjut advokasi lintas sektor.	Sudah ada kebijakan pendukung imunisasi. 4 dari 9 Puskesmas yang di survey sudah memiliki SOP. Masalah: Tidak ada kebijakan khusus imunisasi Masih ada puskesmas yang belum memiliki SOP
Provinsi B	Masalah: Belum ada Kebijakan tertulis dan belum ada kerjasama lintas sektor	Sudah ada kebijakan peningkatan cakupan. Sudah ada kab/kota yang mempunyai SOP dan advokasi lintas sektor, Masalah: Tidak ada kebijakan tertulis, Hanya 1 dinkes kab/Kota yang mempunyai SOP. Hanya 1 kab/Kota yang melakukan advokasi lintas sektor (PLN)	Sudah ada target cakupan imunisasi. Hanya 3 dari 9 Puskesmas yang sudah memiliki SOP Masalah: Tidak ada kebijakan khusus, sebagian besar puskesmas belum memiliki SOP.

Tabel 1 menjelaskan bahwa dukungan kebijakan daerah untuk program imunisasi masih kurang karena tidak ada kebijakan khusus di daerah, terutama di Provinsi B. Advokasi dan kerjasama lintas sektor belum berjalan optimal, walaupun sudah pernah dilakukan, tidak ada keberlangsungannya. Pada umumnya, dukungan kebijakan daerah berupa target cakupan. Pedoman untuk program imunisasi di Dinas Kesehatan dan Puskesmas juga masih kurang, terutama di Provinsi B, dari 3 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, hanya ada satu yang sudah memiliki Pedoman/SOP internal untuk program imunisasi di Puskesmas. Untuk kondisi puskesmas di Provinsi B, dari 9 Puskesmas yang dikunjungi, hanya 3 Puskesmas yang memiliki Pedoman/SOP. Sementara di Provinsi A, walaupun sudah ada pedoman/SOP di Dinas Kesehatan Kab/Kota, tetapi masih ada 5 Puskesmas dari 9 Puskesmas yang belum memiliki Pedoman/SOP.

2. Pengelolaan Vaksin

Data pengelolaan vaksin yang diperoleh antara lain keberadaan pedoman sebagai panduan pengelolaan vaksin di gudang/tempat penyimpanan, pelatihan yang diikuti dan proses perencanaan, penerimaan, penyimpanan hingga distribusi vaksin.

Tabel 2 menunjukkan bahwa Pedoman pengelolaan vaksin sebagai acuan pengelolaan vaksin sudah mengacu pada pedoman pengelolaan vaksin yang dikeluarkan oleh Kemenkes dan diperbaharui setiap tahun. Sementara untuk SOP/Pedoman internal masih kurang, terutama di Provinsi A, dari 3 Kabupaten Kota yang

dikunjungi, hanya satu Kabupaten yang telah membuat pedoman pengelolaan vaksin internal yang disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten.

Tabel 2 juga menunjukkan bahwa pelatihan pengelolaan vaksin masih kurang, masih ada petugas di Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Puskesmas yang belum mendapat pelatihan. Petugas Pengelola vaksin Puskesmas, selain membutuhkan pelatihan juga membutuhkan pengembangan keterampilan antara lain dengan pelatihan berkelanjutan, namun hal ini masih belum dilakukan, karena masih ada petugas yang terakhir mendapatkan pelatihan tahun 1985.

Tabel dibawah ini (Tabel 3) berisi informasi mengenai proses pengelolaan vaksin yang dilakukan di Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi, Dinkes Kab/Kota dan Puskesmas. Informasi perencanaan vaksin pada Tabel 3 menunjukkan bahwa perencanaan sudah dilakukan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, tetapi di beberapa Kabupaten masih ada perencanaan yang dilakukan dengan menggunakan data tahun sebelumnya ditambah 10%, walaupun ada yang ideal dengan memperhitungkan jumlah sasaran dan hasil evaluasi tahun sebelumnya. Hal yang sama juga dijumpai di Puskesmas, tidak semua petugas Puskesmas ikut dalam proses perencanaan bahkan beberapa tidak pernah dan tidak tahu mengenai penghitungan Indeks Pemakaian (IP) Vaksin serta sebagian lainnya mengaku jumlah yang diminta dan diterima selalu sama setiap bulannya

Tabel 2. Gambaran Keberadaan Pedoman dan Pelatihan di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas

	Dinkes Provinsi	Dinkes Kab	Puskesmas
Pedoman			
Provinsi A	Pedoman dari Kemenkes yang diperbarui setiap tahun	Selain pedoman dari kemenkes, sudah ada SOP di dinkes	hanya 1 Puskesmas yang memiliki SOP pengelolaan vaksin internal
Provinsi B	Pedoman penyelenggaraan imunisasi dari Kemenkes	Semua menggunakan pedoman dari kemenkes, hanya 1 Kab yang dilengkapi dengan SOP internal Kab/Kota	Belum semua Puskesmas memiliki pedoman pengelolaan vaksin
Masalah: Permasalahan pedoman pengelolaan vaksin di kedua provinsi relatif sama. Pedoman dari kemenkes belum terdistribusi hingga ke puskesmas, tidak semua Dinkes kabupaten/kota membuat SOP internal untuk memudahkan pengelolaan vaksin di gudang vaksin kabupaten/kota ataupun Puskesmas			
Pelatihan			
Provinsi A	Pelatihan rantai dingin vaksin dari Kemenkes	Pengelola program dan Pengelola vaksin di 3 kab/Kota yang di survey sudah mendapat pelatihan	semua pengelola program sudah pelatihan, 2 pengelola vaksin belum pelatihan. Pelatihan paling lama th 1985, pelatihan terbaru th 2011
Provinsi B	Pelatihan pengelolaan vaksin dari Kemenkes bekerja sama dengan UNICEF, GAVI	1 pengelola program di kab/Kota dan 2 dari 3 Pengelola vaksin di kab/Kota yang disurvei belum mendapat pelatihan	2 pengelola program/vaksin di Puskesmas belum mendapat pelatihan, salah satunya masih PTT. Paling lama 2006, terbaru 2012
Masalah: Permasalahan pelatihan di Provinsi A hanya kurang dalam penyegaran pelatihan, seluruh petugas pengelola di Provinsi A sudah mendapat pelatihan. Sementara di Provinsi B, masih ada petugas di dinkes kabupaten/kota dan Puskesmas yang belum mendapat pelatihan.			

Untuk kegiatan penerimaan vaksin, Dinas Kesehatan Provinsi menerima vaksin dari Pusat (Biofarma) dan telah melakukan prosedur penerimaan vaksin sesuai pedoman, seperti pemeriksaan kelengkapan administrasi dan barang serta kualitas termasuk indikator kualitas vaksin.

Pelaksanaan kegiatan penerimaan vaksin di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota hanya dilakukan di Provinsi B, itupun tidak setiap saat dan seluruh Kabupaten/Kota. Seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi A dan sebagian Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi B melakukan Pengambilan vaksin ke Gudang Provinsi. Proses pemeriksaan dokumen dan barang saat pengambilan vaksin disesuaikan dengan prosedur baku penerimaan.

Di Provinsi A, seluruh Dinas Kabupaten/Kota telah memiliki *vaccine carrier* yang memadai (menggunakan *cold box/vaccine carrier*) sementara di Provinsi B masih ada Dinas

Kabupaten/Kota yang hanya menggunakan termos vaksin. Tertib administrasi pada proses penerimaan/pengambilan vaksin juga tidak berjalan baik, dokumen *Vaccine Arrival Report* (VAR) tidak selalu menyertai vaksin pada saat yang sama, begitu juga dengan dokumen SBBK, biasanya dokumen-dokumen tersebut menyusul kemudian hari. Sementara itu, dokumen *Vaccine Cold Chain Monitor* (VCCM) tidak dijumpai di seluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang dikunjungi, padahal VCCM juga digunakan sebagai indikator kualitas vaksin.

Seluruh Puskesmas yang dikunjungi baik di Provinsi A maupun Provinsi B tidak menerima vaksin, tetapi melakukan pengambilan vaksin ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sebagian besar Puskesmas mengeluhkan jumlah vaksin yang diterima tidak sesuai dengan permintaan/kebutuhan, tetapi berdasarkan alokasi yang ditentukan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Tabel 3. Pengelolaan vaksin di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas

	Dinkes Provinsi	Dinkes Kab	Puskesmas
Perencanaan			
Provinsi A	Perencanaan berdasarkan usulan dari dinkes kabupaten/kota dan puskesmas, namun tetap di <i>Crosscheck</i> kebutuhan dengan Pusdatin dan BPS.	Perencanaan berdasarkan IP/cakupan dan sisa stok, kemudian diajukan ke Provinsi. Namun perhitungan IP tidak dilakukan oleh seluruh Puskesmas.	<ul style="list-style-type: none"> • Masih ada Pengelola program Puskesmas yang tidak pernah melakukan perhitungan IP vaksin. • Beberapa yang melakukan perhitungan IP vaksin tidak rutin mengevaluasi IP vaksin setiap bulan
Provinsi B	Perencanaan dari Puskesmas direkap untuk kab/Kota, kemudian perencanaan kab/Kota direkap utk Provinsi. Perencanaan dilakukan bulan Juni-Juli tahun sebelumnya.	Perencanaan kebutuhan masih ada yang berdasarkan kebutuhan tahun sebelumnya + 10%.	<ul style="list-style-type: none"> • Masih ada pengelola program Puskesmas yang tidak pernah mengusulkan perencanaan vaksin. • Masih ada pengelola yang tidak pernah menghitung IP Vaksin. • Ada pengelola vaksin yang sudah melakukan perhitungan tapi tidak pernah di evaluasi
Penerimaan			
Provinsi A	Prosedur dilakukan berdasarkan pedoman pengelolaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada penerimaan, vaksin di diambil ke Dinkes Provinsi, salah satu kab sudah menggunakan kendaraan berpendingin, sementara kab lainnya menggunakan kendaraan operasional program. • Pengambilan vaksin ke dinkes Provinsi, dengan membuat permintaan tetapi pemberian berdasarkan alokasi. • salah satu kab/Kota tidak mendapat <i>freeze tag</i>. • Dinkes Kab pernah menerima vaksin yang <i>expired</i>, menjelang <i>expired</i>, 1 bulan menjelang <i>expired</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas mengambil vaksin ke dinkes kab/Kota, namun ada 2 puskesmas yang tdk memiliki petugas khusus. • Tidak semua Puskesmas mendapat jml vaksin sesuai kebutuhan.
Provinsi B	Prosedur dilakukan berdasarkan pedoman pengelolaan.	<ul style="list-style-type: none"> • Vaksin diantar oleh petugas Provinsi, bbrp ada yang ambil ke Dinkes Provinsi. • Dinkes Kab pernah menerima vaksin yang dekat <i>expired</i>. • Ada kab/Kota yang tidak mendapat <i>freeze tag</i>. • 1 dari 3 dinkes kab/Kota yang disurvei tdk memiliki <i>cold box</i>. • 1 kab/Kota tdk memiliki <i>vaccine carrier</i>, hanya ada termos vaksin, kab/Kota lainnya memiliki <i>vaksin carrier</i> tapi tdk sesuai standar. • Dokumen Surat Bukti Barang Keluar(SBBK) biasanya menyusul. • 1 kab/Kota tidak memiliki VAR, dan 2 lainnya tidak lengkap, hanya menyatakan jumlah, jenis dan kondisi Vaccine Vial Monitor (VVM). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengelola program mengambil vaksin ke dinkes kab. • Tidak semua Puskesmas mendapat vaksin sesuai permintaan. • Ada yang Puskesmas yang belum memiliki protap pemeriksaan.

Lanjutan tabel 3

Provinsi	Dinkes Provinsi	Dinkes Kab	Puskesmas
Penyimpanan			
Provinsi A	<ul style="list-style-type: none"> • Polio disimpan di <i>freezer</i>, lainnya di <i>cold room</i>. Proses penyimpanan dan indikator kualitas vaksin sudah sesuai Permenkes. • Sistem pencatatan stok dengan kartu stok dan baru memulai menggunakan software <i>Stock Monitoring System (SMS)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • BCG, campak dan Polio di <i>Freezer</i>. TT, DPT-HB, Hep B di Refrigerator. • Seluruh penyimpanan di Dinkes Kab dilengkapi thermometer. Masih ada kabupaten yang tidak memiliki <i>freeze tag</i>. • Pencatatan stok menggunakan kartu stok. • supervisi penyimpanan sudah dilakukan tetapi tidak berkala. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempat penyimpanan di supervisi tetapi tidak berkala. • ketersediaan sudah listrik 24 jam, namun masih ada puskesmas belum memiliki genset. • Masih ada puskesmas yang tidak memiliki <i>freeze tag</i> di tempat penyimpanan, .
Provinsi B	<ul style="list-style-type: none"> • Semua vaksin disimpan di <i>cold room</i>, kecuali Polio disimpan di freezer. • Pencatatan stok manual dan computer. • Kendala listrik sering mati (3x/ bln), ada genset tahan lebih dari 6 bulan. • Penghapusan vaksin kerjasama dengan gudang farmasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyimpanan sesuai sarana yang dimiliki dinkes kab, karena kabupaten/kota memiliki <i>freezer</i> dan <i>refrigerator</i>, maka BCG, campak, polio di <i>Freezer</i>. • Masih ada gudang vaksin dinkes kab/ Kota yang tidak memiliki <i>freeze tag</i>. • Pencatatan stok menggunakan kartu/ buku stok. • Masih ada dinkes kab yang setiap hari mati listrik. supervisi tempat penyimpanan dilakukan 1-4 kali setahun • Ada gudang vaksin dinkes kabupaten yang tempat penyimpanannya tidak dikunci, sehingga petugas puskesmas bias mengambil dan memilih sendiri kebutuhan vaksinnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Sarpras untuk penyimpanan belum mencukupi, ada yang status refrigerator pinjaman, <i>vaccine carrier</i> kurang, dan tidak ada <i>freeze tag</i>. • Supervisi tempat penyimpanan dari Provinsi 1 th sekali, dari dinkes kab bervariasi 1-3 bulan sekali. • Tidak seluruh Puskesmas memiliki ketersediaan listrik 24 jam • Sebagian besar puskesmas tidak memiliki genset • Ada Puskesmas yang tidak memiliki ketersediaan listrik 24 jam namun tidak dilengkapi genset. • Semua Puskesmas memiliki termometer dan buku catatan suhu, tetapi tidak semua puskesmas yang meletakkannya dekat refrigerator. • Masih ada 1 puskesmas yang tidak memiliki catatan stok.
Pendistribusian			
Provinsi A	<ul style="list-style-type: none"> • Petugas dinas Kabupaten yang datang ke dinas kesehatan Provinsi dgn mobil tertutup dan membawa <i>cold box</i>. • Dinkes Provinsi Belum ada kendaraan boks khusus untuk vaksin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinkes kab tidak melakukan distribusi. • Puskesmas ambil ke Dinkes berdasarkan alokasi dan jadwal yang ditentukan. • 1 Kabupaten sudah mempunyai mobil boks khusus vaksin namun digunakan utk mengambil vaksin ke Dinkes provinsi. • Beberapa kabupaten masih membolehkan petugas Puskesmas mengambil vaksin dengan motor. • Sarpras distribusi belum mencukupi, <i>vaksin carrier</i> kurang, <i>coolpack</i> banyak yang hilang. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada distribusi, bides mengambil ke Puskesmas, atau petugas membawa ke Posyandu. • Distribusi ke posyandu dan pengambilan vaksin oleh bides menggunakan <i>vaccine carrier</i> dengan motor
Provinsi B	<ul style="list-style-type: none"> • Distribusi dari Provinsi ke Kabupaten, tp anggaran hanya 2x/th untuk satu orang. • Pengiriman menggunakan mobil tidak ber AC dengan <i>cold box</i>. Umumnya Dinkes kab/Kota yang mengambil jika butuh cepat. • Kendala distribusi yaitu tak ada petugas di gudang Kabupaten/ Kota pada saat petugas Dinkes Provinsi mengantar vaksin 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada distribusi vaksin ke Puskesmas, pengelola vaksin Puskesmas yang mengambil ke dinkes kab/Kota. • Sarpras distribusi belum mencukupi, pengambilan masih ada yang dengan motor 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribusi vaksin ke posyandu dilakukan oleh pengelola vaksin dibantu petugas posyandu menggunakan <i>vaccine carrier (VC)</i> dengan motor. • Masih ada puskesmas yang tdk punya <i>vaccine carrier</i> hanya ada 3 termos vaksin tidak layak.

Kondisi penyimpanan vaksin yang ideal hanya ditemukan di Dinas Kesehatan Provinsi dan beberapa Kabupaten/Kota. Seluruh vaksin yang disimpan di Dinas Kesehatan Provinsi memiliki indikator kualitas yang lengkap meliputi termometer, *Freeze tag* dan VCCM serta dilengkapi catatan stok. Sementara tidak semua Kabupaten/Kota memiliki indikator kualitas yang memadai, beberapa Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tidak memiliki *freeze tag* dan hampir seluruhnya tidak memiliki VCCM, sehingga untuk kontrol kualitas vaksin hanya mengandalkan termometer dan VVM yang melekat pada vaksin.

Beberapa Dinas Kabupaten/Kota juga masih mempunyai kendala dengan pasokan listrik. Salah satu Dinas Kesehatan Kab/Kota telah melakukan advokasi ke PLN, namun tidak berhasil. Kondisi di Puskesmas lebih mengkhawatirkan, hampir setengah dari puskesmas yang dikunjungi (8 Puskesmas dari 18 Puskesmas) tidak memiliki *freeze tag*.

Informasi proses pendistribusian vaksin menunjukkan bahwa distribusi vaksin di sebagian besar gudang penyimpanan tidak dilakukan secara *top down* seperti umumnya proses

distribusi, dari gudang yang lebih besar ke yang lebih kecil, tetapi sebagian besar melakukan pengambilan vaksin. Proses distribusi lebih banyak bersifat jemput bola, baik distribusi dari Dinas Kesehatan Provinsi ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota maupun dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Puskesmas. Masih ada beberapa kendala distribusi seperti fasilitas distribusi yang belum memadai, mulai dari alat transportasi hingga ketersediaan *vaccine carrier* dan *coolpack* yang kurang.

Hasil observasi dibuat skor berdasarkan keadaan gudang tempat /penyimpanan vaksin sesuai formulir observasi kemudian dibandingkan dengan Pedoman pengelolaan vaksin di Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas. Tabel 4 menunjukkan hasil observasi terhadap sarana dan prasarana pengelolaan vaksin di Provinsi, Kab/Kota dan Puskesmas yang meliputi kriteria keberadaan *cold chain*, kesesuaian lokasi, standar penggunaan *cold chain*, perawatan *cold chain*, sumber daya listrik, indikator kualitas vaksin, penyimpanan vaksin, pencatatan dan evaluasi suhu serta sarana dan prasarana distribusi.

Tabel 4. Skoring Hasil Observasi Terhadap Sarana dan Prasarana Pengelolaan Vaksin

	Kondisi Coldchain	Sumber daya listrik	indikator kualitas vaksin	penyimpanan vaksin	pencatatan suhu dan evaluasi	sarana dan prasarana distribusi
Dinkes Provinsi A	22	4	4	3	6	1
Dinkes Provinsi B	20	4	3	3	7	3
Dinkes Kab di Provinsi A	19	2	3	3	7	2
Dinkes Kab di Provinsi B	17	0	2	2	4	2
Puskesmas di Provinsi A	18	2	2	2	6	1
Puskesmas di Provinsi B	16	1	2	2	4	1
Total skor jika seluruh indikator sesuai pedoman	24	4	4	3	7	3

Hasil skoring observasi pada Tabel 4 menunjukkan bahwa untuk sarana dan prasarana vaksin sebagian besar masih kurang jika dibandingkan dengan standar yang telah ditetapkan. Nilai ideal yang memenuhi total skor hanya dapat dicapai di Gudang Provinsi. Sementara di gudang Kabupaten/Kota dan Puskesmas masih dibawah standar untuk lebih dari dua kriteria.

3. Ketersediaan dan Kecukupan Vaksin

Data ketersediaan dan kecukupan secara tidak langsung dapat menggambarkan efektifitas pengelolaan dan distribusi vaksin. Jenis vaksin yang diobservasi ketersediaan dan kecukupannya meliputi Vaksin DT, Td, TT, Hepatitis B, DPT/Hb, Campak, BCG dan Polio. Data Ketersediaan dan Kecukupan vaksin dapat dilihat pada Tabel 8.

Untuk hasil observasi ketersediaan dan kecukupan vaksin DT dan Td tidak bisa dilakukan penilaian, karena Vaksin tersebut hanya digunakan saat ada program BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah), pengambilannya dilakukan menjelang BIAS, sehingga yang tersedia di Puskesmas adalah vaksin yang berlebih.

Tabel 8 menunjukkan bahwa vaksin yang paling banyak kosong di tempat penyimpanan adalah vaksin TT (vaksin TT kosong di 8

tempat penyimpanan, 2 di Provinsi A dan 6 di Provinsi B), hal ini terjadi karena pada tahun 2012 ada masalah mengenai suplai vaksin di tingkat Pusat (Kemenkes), akan tetapi ada 5 tempat penyimpanan yang memiliki persediaan vaksin TT berlebih. Kelebihan ini ada di Dinkes Kabupaten di provinsi A, karena Kabupaten tersebut memiliki kemampuan untuk pengadaan vaksin sendiri. Sementara kelebihan lainnya ada di Puskesmas di Provinsi B.

Tabel 5. Jumlah Tempat Penyimpanan berdasarkan Jenis Vaksin dengan tingkat Persediaan

Vaksin	Provinsi A				Provinsi B			
	kosong	kurang	cukup	berlebih	kosong	kurang	cukup	berlebih
DT	8	1	3	1	7	2	1	3
Td	9	3	-	-	12	-	-	1
TT	2	5	1	2	6	2	2	3
Hepatitis B	1	5	5	-	3	1	5	4
DPT/Hb	-	3	7	1	4	-	3	6
Campak	-	2	5	3	-	-	5	8
BCG	1	2	3	5	1	1	1	10
Polio	2	4	4	1	1	1	6	5

PEMBAHASAN

1 Kebijakan Pengelolaan Vaksin

Dari hasil wawancara dengan kepala Dinas Kesehatan dan Pengelola Program di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta wawancara dengan Kepala Puskesmas dan Pengelola program imunisasi di Puskesmas di ketahui bahwa dukungan kebijakan daerah untuk program imunisasi masih kurang dalam hal advokasi, pendanaan dan kebijakan khusus, terutama di Provinsi B, jika melihat hasil dari observasi terhadap sarana dan prasarana, pengelolaan maka kondisi di Provinsi B tidak lebih baik jika dibandingkan keadaan di Provinsi A, terutama dalam hal fasilitas penyimpanan dan distribusi.

Diduga ada hubungan antara dukungan kebijakan dengan kondisi pengelolaan dan SDM di daerah. Hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara di Provinsi A dan B diketahui bahwa di Provinsi A sudah lebih baik dalam hal dukungan kebijakan, karena sudah adanya kebijakan Gubernur dan advokasi serta kerjasama lintas sektor, sementara di Provinsi B belum ada kebijakan tertulis, walaupun sudah pernah

dilakukan advokasi namun tidak berjalan dan kerjasama lintas sektor belum dilakukan. Sementara itu dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1611/MENKES/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi juga tidak disebutkan pembagian wewenang yang jelas antara pemerintah pusat dan daerah dalam hal kebijakan program imunisasi, dalam Pedoman hanya disebutkan bahwa kebijakan menyangkut penyelenggaraan Imunisasi yang dilaksanakan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat dilakukan dengan mempertahankan prinsip keterpaduan antara pihak terkait.^{6,7}

Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1611/MENKES/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi juga menjelaskan perlunya Kebijakan untuk mengupayakan pemerataan jangkauan pelayanan imunisasi baik terhadap sasaran masyarakat maupun sasaran wilayah. Kebijakan untuk mengupayakan kualitas pelayanan yang bermutu. Kebijakan untuk mengupayakan kesinambungan penyelenggaraan melalui perencanaan program dan anggaran terpadu. Serta kebijakan untuk memberikan perhatian khusus kepada wilayah rawan sosial,

rawan penyakit (KLB) dan daerah-daerah sulit secara geografis. Namun tidak dijelaskan siapa yang berkewajiban mengatur kebijakan tersebut, terlebih sistem desentralisasi memberikan kewenangan yang besar kepada pemerintah daerah Kabupaten/Kota untuk mengatur wilayahnya.⁶

Menurut hasil wawancara pada tahun 2011 pemerintah pusat pernah memanggil seluruh gubernur dalam rangka advokasi program imunisasi dan Pemerintah Provinsi juga menyatakan bahwa kebijakan daerah sangat mendukung dan ada yang menjadikan imunisasi sebagai program unggulan, namun setelah di konfirmasi dengan pemerintah daerah Kabupaten/Kota, sebagian besar Dinkes kabupaten/kota menyatakan tidak ada kebijakan khusus dari pemerintah kab/kota, semuanya mengikuti Kebijakan Pusat, ada dukungan dari Pemerintah Kab/Kota untuk pelaksanaan imunisasi, akan tetapi dananya tidak diberikan, seperti kutipan wawancara berikut:

"Kebijakan Daerah cukup menunjang sekali, Imunisasi sebagai program unggulan....." (Dinas Kesehatan Provinsi B)

"Tidak ada kebijakan tertulis, daerah mendukung untuk pelaksanaan tapi dananya tidak diberikan. Tidak ada perda....." (Dinkes Kota Provinsi B)

Sementara itu menurut salah satu kepala Puskesmas menyatakan:

"Belum ada kebijakan khusus untuk vaksin. Hanya berupa persentase cakupan target yang harus dicapai. Contoh cakupan untuk ibu hamil dan TT..." (Kepala Puskesmas di Provinsi B)

Untuk upaya advokasi dan kerjasama lintas sektor juga tidak berjalan lancar, pernah dilakukan upaya advokasi namun tindak lanjutnya tidak ada. Sementara dalam Kepmenkes tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi dinyatakan bahwa program imunisasi dituntut untuk melaksanakan ketentuan program secara efektif dan efisien. Untuk itu pengelola program imunisasi harus dapat menjalankan fungsi koordinasi dengan baik. Ada dua macam fungsi koordinasi, yaitu vertikal dan horizontal. Koordinasi horizontal terdiri dari kerja sama lintas program dan kerja sama lintas sektoral. 1) Kerja sama Lintas Program, dilakukan pada semua tingkat

administrasi, pengelola program imunisasi diharapkan mengadakan kerja sama dengan program lain di bidang kesehatan. 2) Kerja sama Lintas Sektoral, dilakukan pada setiap tingkat administrasi, pengelola program imunisasi harus mengisi kegiatan untuk membina kerja sama lintas sektoral yang telah terbentuk.⁶

Berdasarkan pernyataan dari Dinas Kesehatan Provinsi, upaya advokasi di provinsi umumnya berjalan baik, namun ternyata upaya advokasi di tingkat kabupatekota tidak demikian, pada pelaksanaannya upaya advokasi tersebut tidak berjalan berkesinambungan. Berikut kutipan hasil wawancaranya:

"Advokasi umumnya untuk peningkatan cakupan imunisasi. Advokasi cukup baik karena Imunisasi merupakan program unggulan" (Dinkes Provinsi A)

"Sudah melakukan advokasi lintas sektor pada saat ada pertemuan mengenai kesehatan, tapi sekarang tidak ada tindak lanjutnya lagi" (Dinkes Kab/Kota di A)

Di Provinsi B, upaya advokasi juga pernah dilakukan terhadap PLN, dalam hal pasokan listrik, karena banyak Kabupaten/Kota di B yang terkendala dengan pasokan listrik. Akan tetapi advokasi ini tidak membuahkan hasil. Seharusnya setelah advokasi dengan PLN tidak berhasil dengan baik, perlu dilakukan kebijakan alternatif untuk penguatan pasokan listrik di daerah tersebut, misalnya dengan menyediakan genset otomatis, namun hal tersebut tidak dilakukan. Pemerintah daerah telah mengetahui bahwa banyak Puskesmas dan bidan desa yang terkendala dengan pasokan listrik, namun belum ada upaya pemberian genset di Puskesmas tersebut. Hal ini dapat dilihat pada hasil observasi (Tabel 6).

Kebijakan yang mengatur peran pemerintah Daerah seperti yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No 482/MENKES/SK/IV/2010 tentang Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child Immunization (GAIN UCI 2010-2014) sangat diperlukan. Kepmenkes tersebut menjelaskan tentang peran Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota, namun Kepmenkes tersebut belum diberlakukan di seluruh daerah, GAIN UCI baru diterapkan di 5

Provinsi yaitu A, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur).⁸

2. Pengelolaan Vaksin

Data pengelolaan vaksin yang diambil dalam penelitian ini meliputi proses perencanaan, penerimaan, penyimpanan dan pendistribusian serta dukungan terhadap proses pengelolaan vaksin yang meliputi pedoman dan pelatihan pengelolaan vaksin.

2.1 Penerimaan

Hasil wawancara dan pengamatan dokumen yang ada, pada tingkat kabupaten / kota, sebagian besar distribusi vaksin dilakukan dengan sistem jemput bola. Petugas vaksin dinas kesehatan kabupaten/kota mengambil vaksin langsung ke gudang dinkes Provinsi. Sementara itu, Petugas vaksin dinas kesehatan Provinsi B mengantar ke dinas kesehatan kabupaten / kota, kecuali dinkes kab/kota yang membutuhkan vaksin segera. Pada tingkat puskesmas, distribusi vaksin juga dilakukan dengan sistem jemput bola artinya petugas puskesmas datang ke dinas kesehatan kabupaten. Ada beberapa puskesmas yang tidak memiliki petugas khusus untuk menjemput vaksin ke kabupaten / kota. Hal ini memberikan peluang untuk terjadinya kesalahan dalam mengambil vaksin. Dari seluruh puskesmas yang dijadikan sampel, tidak semua mendapatkan vaksin yang sesuai dengan kebutuhan. Untuk mengatasi hal ini perlu dilakukan monitoring stok vaksin di setiap kabupaten/kota agar jumlah vaksin yang didistribusikan sesuai dengan kebutuhan.

Kebutuhan yang belum terpenuhi menunjukkan perlu dilakukan evaluasi terhadap proses distribusi vaksin. Hasil lain menunjukkan bahwa ada kabupaten yang memiliki stok vaksin lebih besar dari seharusnya. Melihat hasil ini maka evaluasi terhadap sistem penerimaan vaksin perlu dievaluasi kembali.

2.2 Penyimpanan

Dinas kesehatan provinsi memiliki *cold room* dan dapat digunakan dengan baik, namun kondisi sekeliling *cold room* masih kurang memadai. Keberadaan AC dan ventilasi dalam ruangan *cold room* kurang menjamin suhu

dan kelembaban yang sesuai persyaratan penyimpanan vaksin. Temperatur di luar ruangan *cold room* masih dirasakan masih panas.

Sistem pencatatan dilakukan secara manual dan tidak menggunakan sistem *software* beresiko terjadinya kesalahan karena kelalaian petugas, oleh karena itu perlu sistem informasi yang dapat mengakomodasi pemesanan, penerimaan, penyimpanan dan pendistribusian yang baik. Sistem yang terintegrasi antara pusat dan daerah akan menjamin kelangsungan distribusi vaksin dengan baik.

Berdasarkan hasil penelitian, penyimpanan vaksin dilakukan oleh petugas khusus di dinas kabupaten/kota. Tidak adanya termometer di satu kabupaten yang dikunjungi menunjukkan bahwa sarana penyimpanan vaksin di provinsi A masih perlu dibenahi dan dilengkapi agar kondisi penyimpanan sesuai dengan standar penyimpanan. Pemerintah daerah perlu mengalokasikan sumber daya untuk melengkapi sarana dan prasarana penyimpanan vaksin dengan baik. Supervisi yang tidak berkala juga ditemukan di Provinsi ini. Petugas provinsi dirasakan kurang melakukan supervisi (monev) di kabupaten / kota untuk melihat kondisi penyimpanan vaksin secara berkala.

Pada level puskesmas sarana dan prasarana penyimpanan sangat tidak memadai. Pada puskesmas dijumpai status *coldchain* pinjaman, *vaccine carrier* kurang, tidak ada *freeze tag* dan VCCM. Tidak seluruh puskesmas memiliki ketersediaan listrik 24 jam dan tidak semua puskesmas memiliki genset. Catatan stok manual, namun ada 1 puskesmas yang tidak memiliki catatan stok.

Kondisi ini sangat berpeluang untuk terjadinya kerusakan vaksin dalam penyimpanan. Pemerintah daerah harus segera membenahi sarana dan prasarana penyimpanan vaksin. Alokasi dana investasi untuk menyediakan *freezer* dan atau kulkas perlu dilakukan agar setiap puskesmas memiliki sarana penyimpanan yang memadai. Koordinasi dengan PLN harus dilakukan secepat mungkin untuk mengatasi minimnya pasokan listrik ke puskesmas. Diharapkan dengan pasokan listrik yang cukup ke puskesmas akan memperkecil kemungkinan vaksin rusak. Selain itu perlu dilakukan alokasi dana kesehatan untuk melakukan investasi

pada *coldchain* di setiap puskesmas agar setiap puskesmas memiliki tempat penyimpanan. Selain itu perlu disediakan genset yang mudah perawatan dan operasional agar suplai pasokan listrik tetap terjamin selama 24 jam.

2.3 Distribusi

Di salah satu provinsi, baru satu kabupaten yang mempunyai mobil box khusus vaksin sementara kabupaten yang lainnya belum memiliki mobil box tersebut. Sementara di Provinsi lain, distribusi vaksin dari Provinsi ke kabupaten terhambat oleh anggaran yang hanya diberikan 2 kali selama setahun untuk satu orang, hal ini dapat mengganggu ketersediaan vaksin. Kondisi yang perlu diperhatikan saat distribusi adalah kondisi VVM, EEFO dan FIFO. Kendala distribusi terjadi pada saat petugas Dinas Kesehatan Provinsi mengantar vaksin namun tak ada petugas di dinas kesehatan kabupaten / kota.

Melihat kondisi ini maka perlu dialokasikan kembali anggaran pengiriman dari Provinsi ke kabupaten/kota. Selain itu, perlu melakukan koordinasi dengan gudang farmasi untuk mengikutsertakan vaksin dalam kiriman obat ke kabupaten. Perlu dilakukan koordinasi kembali dalam hal perencanaan, pengiriman dan penyimpanan vaksin agar kondisi seperti diatas tidak terulang kembali. Sistem informasi yang baik perlu dibangun antara petugas provinsi dengan petugas Kabupaten untuk menjamin pengiriman vaksin yang tepat. Perlu dilokasikan juga anggaran untuk kendaraan khusus mendistribusikan vaksin oleh pemerintah provinsi. Dengan memiliki kendaraan khusus ini maka diharapkan distribusi vaksin menjadi lebih baik dan kualitas vaksin juga dapat terpelihara.

Pada level kabupaten/kota, dinas kesehatan kabupaten/kota tidak melakukan distribusi vaksin. Petugas puskesmas mengambil vaksin ke dinas kesehatan berdasarkan alokasi dan jadwal yang ditentukan. Dijumpai 1 Dinkes kabupaten sudah memiliki mobil vaksin berpendingin. Beberapa kabupaten masih memperkenankan petugas puskesmas mengambil vaksin dengan motor, sehingga dikhawatirkan dapat mengurangi kualitas vaksin. Sarana dan prasarana distribusi belum mencukupi, *vaccine carrier* kurang, dan *coolpack* banyak yang hilang atau tidak jelas keberadaannya.

Sistem distribusi ini dapat dilakukan dengan catatan bahwa sarana untuk melakukan distribusi (pengambilan vaksin) sudah baik dan merata disetiap puskesmas. Sarana dan prasarana yang masih dirasakan kurang, perlu dilakukan penambahan agar kualitas vaksin dapat dipertahankan selama distribusi. Selain itu, petugas yang membawa vaksin juga perlu mendapat pelatihan tentang penanganan vaksin yang baik. Supervisi yang baik dan dilakukan secara rutin baik oleh dinkes Provinsi maupun pusat perlu dilakukan agar kondisi vaksin dapat dijaga dengan baik.

Pada level puskesmas tidak ada distribusi vaksin, bidan desa mengambil vaksin ke Puskesmas atau petugas datang ke posyandu saat pelaksanaan imunisasi. Distribusi ke posyandu dan pengambilan vaksin oleh bidan desa menggunakan *vaccine carrier* dengan motor, hanya 1 puskesmas yang menggunakan ambulans.

Sistem distribusi ini dapat berjalan baik dan benar jika dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang memadai di setiap puskesmas. Bidan desa juga seharusnya memiliki *vaccine carrier* dan *coolpack* yang cukup untuk dapat mengambil dan membawa vaksin ke tempat tujuan. Pengetahuan dan keterampilan petugas atau bidan desa juga harus ditingkatkan agar menjamin kualitas vaksin tetap baik saat digunakan.

3. Ketersediaan dan Kecukupan Vaksin

Keputusan Menteri Kesehatan No. 1611 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi menyebutkan bahwa Setiap unit dianjurkan untuk menyimpan vaksin tidak lebih dari stok maksimalnya, untuk menghindari terjadinya penumpukan vaksin. Bila frekuensi distribusi vaksin ke Provinsi satu kali setiap 3 bulan, maka stok maksimal vaksin di Provinsi adalah kebutuhan vaksin untuk 4 bulan. Bila frekuensi pengambilan vaksin ke provinsi satu kali per bulan maka stok minimal di kabupaten adalah satubulan dan stok maksimal adalah 3 bulan, dan bila frekuensi pengambilan vaksin ke kabupaten satu kali per bulan maka stok maksimal di puskesmas satu bulan ditambah satu minggu.⁶

Berdasarkan hasil observasi yang didapatkan, ternyata masih ada tempat penyimpanan, baik itu

di provinsi, kabupaten/kota ataupun puskesmas yang menyimpan vaksin lebih dari stok maksimal namun diketahui juga bahwa untuk setiap jenis vaksin ada beberapa tempat penyimpanan yang kosong dan ada yang berlebih. Vaksin yang paling banyak kosong setelah vaksin DT dan Td adalah vaksin TT, hal ini terjadi karena ada permasalahan dalam proses pengadaan vaksin di tingkat pusat, sehingga sempat terjadi kekosongan di daerah.

Hal ini dapat menggambarkan adanya kendala dalam pengelolaan vaksin, khususnya distribusi vaksin. Ada kesenjangan persediaan vaksin dalam satu provinsi, masih ada beberapa tempat yang mengalami kekurangan bahkan kekosongan vaksin, namun ditempat lain masih ada persediaan vaksin yang berlebih. Dari hasil wawancara mengenai kebijakan dan pengelolaan vaksin dapat diketahui beberapa hal yang dapat menjadi permasalahan ini antara lain tidak adanya proses perencanaan yang baik, ada yang masih melakukan perencanaan kebutuhan menggunakan skema lama, yaitu kebutuhan tahun sebelumnya ditambah 10%. Perhitungan indeks pemakaian vaksin tidak selalu dievaluasi, bahkan ada beberapa pengelola puskesmas yang tidak melakukan perhitungan indeks pemakaian vaksin, padahal perhitungan indeks pemakaian vaksin tahun sebelumnya sangat dibutuhkan dalam proses perencanaan kebutuhan vaksin.

Dalam pedoman penyelenggaraan imunisasi dinyatakan bahwa faktor IP (indeks pemakaian) vaksin tahun sebelumnya diperlukan untuk menentukan dosis bersih dari masing-masing vaksin yang diperlukan untuk mencapai target. Hal ini terkait dengan kebijakan program dalam menjaga mutu vaksin di pelayanan.⁸

World Health Organization, Regional Office for Africa-AFRO pada tahun 2004 telah memperkenalkan Red Approach. Dalam pedoman Red Approach dijelaskan pentingnya kegiatan supervisi suportif untuk meningkatkan kualitas dengan meningkatkan komunikasi dan fokus pada pemecahan masalah, membentuk jaringan kerjasama, dan mendukung tenaga pelaksana di fasilitas kesehatan untuk memonitor dan meningkatkan kemampuan sumber daya di fasilitas kesehatan. Supervisi suportif dilakukan secara berkala setiap bulan, setiap 2 bulan ataupun per triwulan dan memasukkan kegiatan

supervisi suportif dalam perencanaan program yang disertai dengan anggaran pendukung.⁹

Berdasarkan pedoman RED Approach, beberapa hal yang harus dilakukan selama supervisi antara lain; Observasi pelaksanaan program imunisasi dan kepatuhan terhadap pedoman (SOP), memantau interaksi antara tenaga kesehatan dengan masyarakat, terutama dalam kaitan dengan penyampaian pentingnya imunisasi. Selain itu juga merencanakan pertemuan dengan tenaga pelaksana tanpa mengganggu pelayanan, meninjau tindak lanjut atas saran pada kunjungan sebelumnya, memantau ketersediaan vaksin, alat kesehatan lainnya dan peralatan rantai vaksin, melakukan review terhadap laporan rutin, catatan dan grafik cakupan, angka drop-out, log book petugas, melakukan diskusi untuk menggali permasalahan dan solusi, menyiapkan buku catatan supervisi yang disimpan di setiap fasilitas kesehatan.⁹ Jika supervisi suportif bisa dijalankan dengan optimal hingga ke puskesmas dan posyandu maka proses pengelolaan dan tingkat ketersediaan vaksin di daerah akan semakin baik.

KESIMPULAN

Hasil Identifikasi terhadap sistem pengelolaan vaksin di Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten/Kotadan Puskesmas menunjukkan bahwa pengelolaan vaksin di Dinkes Provinsi A dan B dapat dikatakan cukup baik, hanya belum sepenuhnya sesuai dengan pedoman penyelenggaraan imunisasi terutama dalam hal perencanaan di tingkat kabupaten/kota dan puskesmas masih kurang, belum semua pengelola program/vaksin di Puskesmas kedua Provinsi terlibat perencanaan dan proses distribusi yang belum optimal serta fasilitas penyimpanan yang kurang memadai.

Kedua daerah yang di teliti adalah daerah dengan kasus PD3I tinggi, walaupun di Provinsi A cakupannya rendah sementara di Provinsi B cakupannya tinggi, namun kedua daerah ini memiliki permasalahan yang sama, yaitu Kebijakan pengelolaan vaksin yang kurang, sistem Pengelolaan vaksin yang belum sepenuhnya sesuai dengan standar pengelolaan vaksin dan persediaan vaksin yang tidak merata.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih penulis ucapkan kepada Kepala Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat dan seluruh staf kesekretariatan serta seluruh teman-teman peneliti yang terlibat dalam penelitian ini. Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta Kepala Puskesmas di lokasi Penelitian.

DAFTAR RUJUKAN

1. Kementerian Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan No. 1121/Menkes/SK/XII/2008 Tentang Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Untuk Pelayanan Kesehatan Dasar, 2008.
2. Usmais, Imunisasi: Kerja Keras untuk masa depan anak bangsa yang lebih baik, Pertemuan Nasional evaluasi kegiatan akselerasi imunisasi tahun 2010, Yogyakarta 27-29 Oktober 2010.
3. Kementerian Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. Hk.03.01/160/I/2010 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. 2010
4. Sulani, Fatni, Kelemahan Dan Tantangan Program Imunisasi Provinsi Sumatera Utara, http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&id=4441:kelemahan-dan-tantangan-program-imunisasi-Provinsi-sumatera-utara&catid=28:kesehatan&Itemid=48, diunduh tanggal 11 September 2011.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta. 2008
6. Departemen Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1611/MENKES/SK/XI/2005 tentang pedoman penyelenggaraan imunisasi. 2005
7. Direktorat Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), Petunjuk Teknis Pengelolaan dan Distribusi Vaksin Program Imunisasi Tahun 2010.
8. Kementerian Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan No. 482/Menkes/SK/IV/2010 Tentang Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child Immunization 2010-2014 (GAIN UCI 2010-2014). 2010
9. World Health Organization, Regional Office for Africa-AFRO, Implementing Red Approach, A Guide for District Health Management Teams. November 2004