

PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN *OUTBREAK RESPONSE IMMUNIZATION (ORI)*

**DALAM RANGKA PENANGGULANGAN
KEJADIAN LUAR BIASA PENYAKIT-PENYAKIT
YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (KLB PD3I)**

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

614.47

Ind

p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal
Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

**Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Outbreak Response
Immunization (ORI) Dalam Rangka Penanggulangan Kejadian
Luar Biasa Penyakit-Penyakit Yang Dapat Dicegah dengan
Imunisasi (KLB PD3I).—** Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2024

ISBN 978-623-301-441-0

1. Judul I. IMMUNIZATION
- II. VACCINATION
- III. HEALTH CARE FACILITIES, MANPOWER, AND SERVICES
- IV. DISEASE OUTBREAKS – PREVENTION AND CONTROL



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
📍 Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9
Jakarta Selatan 12950
☎ (021) 5201590 (hunting)
🌐 <https://www.p2pt.kemkes.go.id>

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
NOMOR HK.02.02/C/524 /2024
TENTANG
PETUNJUK TEKNIS
PENYELENGGARAAN *OUTBREAK RESPONSE IMMUNIZATION*
DALAM RANGKA PENANGGULANGAN KEJADIAN LUAR BIASA
PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT,

Menimbang : bahwa untuk menindaklanjuti dilaporkannya Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) harus dilaksanakan pemberian imunisasi dalam rangka penanggulangan KLB (*outbreak response immunization/ORI*), perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan *Outbreak Response Immunization* dalam rangka Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit-Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5685);
2. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 949/MENKES/SK/VIII/2004 tentang Pedoman

Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB);

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501/MENKES/PER/X/2010 tentang Jenis Penyakit yang dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 503);
5. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 81/PMK.07/2013 tentang Tata Cara Pengelolaan Dana Darurat;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1113);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1755);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 559);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 88);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di Bidang Non Infrastruktur Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 68);
12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 62 Tahun 2023 tentang Perencanaan, Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, serta Akuntansi dan Pelaporan Keuangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 472)

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TENTANG PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN *OUTBREAK RESPONSE IMMUNIZATION* DALAM RANGKA PENANGGULANGAN KEJADIAN LUAR BIASA PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI.
- KESATU : Menetapkan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan *Outbreak Response Immunization* dalam rangka Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit yang dapat Dicegah dengan Imunisasi yang selanjutnya disebut Petunjuk Teknis ORI, sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.
- KEDUA : Petunjuk Teknis ORI sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, fasilitas pelayanan kesehatan, petugas kesehatan, dan pemangku kepentingan dalam penyelenggaraan ORI dalam rangka penanggulangan KLB PD3I.
- KETIGA : Pemerintah pusat, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Petunjuk Teknis ORI sesuai dengan kewenangan masing-masing.
- KEEMPAT : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 27 Februari 2024

DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN
DAN PENGENDALIAN PENYAKIT,



MAXI REIN RONDONUWU

Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Outbreak Response Immunization (ORI) Dalam Rangka Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit-penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (KLB PD3I)

Pelindung:

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Penanggung Jawab:

Direktur Pengelolaan Imunisasi

Editor:

Sherli Karolina

Lulu Ariyanthy Dewi

Tim Penulis:

Gertrudis Tandy

Sherli Karolina

Devi Anisiska

Amin Subandrio

Soedjatmiko

Windhu Purnomo

Hindra Irawan Satari

Ismoedijanto Mujito

Rusipah

Niprida Mardin

Yusneri

Lulu Ariyanthy Dewi

Andini Wisdhanorita

Ratih Oktri Nanda

Ananta Rahayu

Hashta Meyta

Victoria Indrawati

Novayanti Rumambo Tangirerung

Mariana Eka Rosida

Sri Hartoyo

Kontributor

Sri Rezeki Hadinegoro

Toto Wisnu Hendrarto

Julitasari Sundoro

Elisabeth S. Herini

Sidik Utoro

Syarif Rohimi

Sulistya Widada

Vivi Voronika

M. Edy Hariyanto

Endang Budi Hastuti

Fristika Mildya

Bie Novirenallia Umar

Cornelia Kelyombar

Berkat Putra

Febry Immanuella

Debsy Vonneke Pattilima

Muammar Muslih
Lily Banonah Rivai
Reza Isfan
Agustina Saranga
Rubiyo Wahyuriadi
Emita Ajis
Aji Muhawarman
Prastiwi Handayani
Ferri Satriyani Domestik
Satryo Utomo
Juli Aperwanti
Julia Rahmadona
Amalia Zulfah Dani Hari Wijaya
Evi Nilawaty
Dahlia H.
Eka Satriani Sakti
Evida Veronika Manullang
Ari Yuliandi
Andry Hadi Utomo
Astri Utami
Nathasya Humaira Adriani
Fauziah Mauliy Rahman
Adzra Dhiya Jannati
Arrum Shafa Maulidiazmi Umar
Della Devina
Elsa Adlina Limbong
Indri Widayati
Muhammad Wicaksono
Nentia Erianti
Nurul Fitriyani
Puteri Asma Dewi
Ruth Tabitha
Siti Ayuningtyas Heriyadi
Tasya Faradilla Putri
Zacharias Eko Susilo
Indriya Wardhani
Adityanti Erlindaningrum
Elcha Leonard
Fajar Angkasa
Ade Putra
Olivi Silalahi
Mindu Nainggolan
Endang Sri Utami
Kenny Peetosutan
Rustini Floranita
Sugiarto Hiu
Bella Lexmita Dorra
Tina Rosalina
Niken Widyastuti
Denny Hermawan Wicaksono

Desain dan Tata Letak:

Wildan Mochamad Ridho
Suci Rahmawati

Diterbitkan oleh:

Kementerian Kesehatan RI

Dikeluarkan oleh:

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang



Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk *fotocopy* rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT



Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT atas berkah dan karuniaNya, Buku Petunjuk Teknis Penyelenggaraan *Outbreak Response Immunization* (ORI) Dalam Rangka Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit-penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (KLB PD3I) telah selesai disusun.

Buku ini akan menjadi acuan bagi pengelola program imunisasi, pengelola farmasi/logistik, pengelola surveilans, pengelola program terkait lainnya, dan Tim Gerak Cepat atau tim yang melakukan penyelidikan epidemiologi di tiap jenjang administrasi, seluruh tenaga kesehatan dan tenaga medis serta lintas sektor terkait yang mendukung pelaksanaan ORI.

Pelaksanaan ORI yang berkualitas dengan cakupan yang tinggi dan merata akan memutus penularan penyakit dan menghentikan KLB. Untuk itu, seluruh rangkaian penyelenggaraan ORI harus dilaksanakan sesuai prosedur meliputi penentuan luas wilayah geografis dan kelompok usia sasaran, perencanaan, persiapan, manajemen vaksin dan logistik, pelayanan imunisasi, manajemen limbah, pencatatan dan pelaporan, surveilans Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI), monitoring dan evaluasi disertai dengan upaya penguatan imunisasi rutin dan surveilans pasca pelaksanaan ORI. Besar harapan kami Juknis ini dapat dimanfaatkan secara maksimal agar pelaksanaan ORI di lapangan dapat berjalan dengan baik, sehingga KLB dapat ditanggulangi secara cepat dan efektif.

Akhir kata, saya ucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak atas dedikasi dan pengabdianya dalam upaya pencegahan dan penanggulangan PD3I. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa menaungi langkah kita semua untuk dapat bersama-sama berkontribusi optimal dalam menyehatkan anak-anak dan seluruh masyarakat Indonesia.

Jakarta, 27 Februari 2024

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit



DR. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

DAFTAR ISI

SK DIRJEN	I
TIM PENYUSUN	IV
KATA PENGANTAR	VII
DAFTAR ISI	VIII
DAFTAR SINGKATAN	X
DAFTAR ISTILAH	XII
DAFTAR TABEL	XIII
DAFTAR GAMBAR	XIV
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	2
B. Tujuan	3
C. Sasaran	3
D. Ruang Lingkup	4
E. Landasan Hukum	4
BAB II DEFINISI OPERASIONAL KEJADIAN LUAR BIASA PENYAKIT- PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (KLB PD3I)	6
A. Kejadian Luar Biasa (KLB)	7
B. Campak dan Rubela	7
C. Difteri	8
D. Pertusis	8
E. Polio	9
BAB III PRA PELAKSANAAN	10
A. Penentuan Luas Wilayah Geografis dan Kelompok Usia Sasaran serta Mekanisme ORI	11
B. Perencanaan	18
1. Pendataan Sasaran	18
2. Perhitungan Kebutuhan Vaksin dan Logistik serta Distribusinya	19
3. Perhitungan Kebutuhan Tenaga Pelaksana	22
4. Pemetaan Wilayah dan Penyusunan Jadwal Pelaksanaan	23
5. Perencanaan Kegiatan Pendukung (Peningkatan Kapasitas, Advokasi, dan Penggerakan Masyarakat)	24
6. Pembiayaan	24
C. Persiapan	25
1. Peningkatan Kapasitas Bagi Petugas Kesehatan	25
2. Pelaksanaan strategi Komunikasi	26
3. Penilaian Kesiapan	34

BAB IV PELAKSANAAN	35
A. Tempat Pelaksanaan	36
B. Penyiapan Vaksin dan Logistik	36
C. Manajemen Vaksin dan Logistik	37
D. Cara Pemberian Imunisasi	39
E. Manajemen Limbah	39
F. Pencatatan dan Pelaporan	40
G. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan	46
H. Surveilans KIPI	53
BAB V PASCA PELAKSANAAN	61
A. Evaluasi	62
B. Penguatan Imunisasi Rutin	62
C. Penguatan Surveilans	64
BAB VI PENUTUP	66
DAFTAR PUSTAKA	68

DAFTAR SINGKATAN

ADS	: <i>Auto Disable Syringe</i>
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APD	: Alat Pelindung Diri
ASIK	: Aplikasi Sehat Indonesia-Ku
BIAN	: Bulan Imunisasi Anak Nasional
BIAS	: Bulan Imunisasi Anak Sekolah
BMHP	: Bahan Medis Habis Pakai
BPOM	: Badan Pengawas Obat dan Makanan
CBMS	: <i>Case based Measles Surveillance</i>
CRS	: <i>Congenital Rubella Syndrome</i>
COVID-19	: <i>Corona Virus Infection Disease - 19</i>
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DQS	: <i>Data Quality Self Assessment</i>
GPEI	: <i>Global Polio Eradication Initiative</i>
ILM	: Iklan Layanan Masyarakat
IP	: Indeks Pemakaian
ISRR	: <i>immunization stress related response</i>
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KIPI	: Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
KLBB	: Kejadian Luar Biasa
KPS	: Kemitraan Pemerintah dengan Swasta
LKSA	: Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak
LPKA	: Lembaga Pembinaan Khusus Anak
MDVP	: <i>Multi-dose Vial Policy</i>
MVMH	: <i>My Village My Home</i>
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah
ORI	: <i>Outbreak Response Immunization</i>
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
PCR	: <i>Polymerase Chain Reaction</i>
PD3I	: Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

PHEOC	: <i>Public Health Emergency Operation Center</i>
PP-KIPI	: Pengkajian & Penanggulangan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
PQS	: <i>Performance Quality and Safety</i>
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
RA	: Raudatul Athfal
RCA	: <i>Rapid Convenience Assessment</i>
SBBK	: Surat Bukti Barang Keluar
SD	: Sekolah Dasar
SDM	: Sumber Daya Manusia
SSPE	: <i>Subacute Sclerosing Panencephalitis</i>
SMILE	: Sistem Monitoring Imunisasi dan Logistik secara Elektronik
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
TGC	: Tim Gerak Cepat
TK	: Taman Kanak-Kanak
TPS	: Tempat Penampungan Sementara
UNICEF	: <i>United Nations Children's Fund</i>
VAR	: <i>Vaccine Arrival Report</i>
VDVP	: <i>Vaccine Derived Polio Virus</i>
VVM	: <i>Vaccine Vial Monitor</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WPV	: <i>Wild Polio Virus</i>

DAFTAR ISTILAH

- Auto Disable Syringe : Alat suntik sekali pakai untuk pelayanan imunisasi.
- Cold box : Alat untuk menyimpan sementara dan membawa vaksin.
- Cool pack : Wadah plastik berbentuk segiempat yang diisi dengan air kemudian didinginkan dalam *vaccine refrigerator* dengan suhu -3°C s/d $+2^{\circ}\text{C}$ selama minimal 12 jam (dekat evaporator).
- Imunisasi : Suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.
- KIPI : Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi yang selanjutnya disingkat KIPI adalah kejadian medik yang diduga berhubungan dengan imunisasi.
- Vaksin : Produk biologi yang berisi antigen berupa mikroorganisme yang sudah mati, masih hidup tapi dilemahkan, masih utuh atau bagiannya, atau berupa toksin mikroorganisme yang telah diolah menjadi toksoid atau protein rekombinan, ditambahkan dengan zat lainnya, yang bila diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit infeksi tertentu.
- Vaccine Carrier : Alat untuk membawa vaksin dari puskesmas ke posyandu atau tempat pelayanan imunisasi lainnya yang dapat mempertahankan suhu 2°C s/d 8°C .
- Vaccine Refrigerator : Tempat yang digunakan untuk menyimpan vaksin dengan suhu 2°C s/d 8°C .
- Vaccine vial monitor : Alat pemantau paparan suhu panas dalam setiap kemasan vaksin.

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Usia dan Jenis Vaksin yang Digunakan dalam ORI KLB Differi	13
Tabel 3.2 Panduan Imunisasi Kejar	14
Tabel 3.3 Jenis KLB Polio dan Vaksin yang Digunakan	17
Tabel 3.4 Jenis, IP Vaksin, Jumlah Pemberian, serta Target Cakupan Pelaksanaan ORI	19
Tabel 3.5 Perhitungan Kebutuhan Logistik	21
Tabel 3.6. Pesan Kunci dan Pesan Pendukung Berdasarkan Perilaku Prioritas	31
Tabel 4.1 Suhu Penyimpanan Vaksin	37
Tabel 4.2 Jenis Vaksin, Dosis, Cara dan Lokasi Pemberian Imunisasi	39
Tabel 4.3 Contoh Analisa Cakupan ORI	47
Tabel 4.4 Contoh Analisa Logistik	48
Tabel 4.5 Contoh Format Pembahasan dan Penyusunan Tindak Lanjut pada Pertemuan Evaluasi ORI	52
Tabel 4.6 Reaksi Simping Pasca Imunisasi dan Tatalaksana	54
Tabel 4.7 Langkah-Langkah Pelacakan KIPi	57
Tabel 5.1 Penguatan Imunisasi Rutin	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Contoh Analisa Hasil Supervisi	49
Gambar 4.2. Contoh Analisis Hasil RCA	51
Gambar 4.3. Skema Penemuan dan Pelaporan KIPI Serious	55
Gambar 4.4. Gejala dan Tanda Syok Anafilaksis	58
Gambar 4.5. Langkah-langkah dalam Penanganan Syok Anafilaktik	60
Gambar 5.1. Contoh Instrumen Pelacakan Anak - My Village My Home (MVMH)	63

The background of the slide features a network diagram composed of numerous light blue nodes connected by thin lines, creating a complex web-like structure. In the bottom right corner, there is a decorative pattern of overlapping, semi-transparent light blue geometric shapes, including triangles and polygons, arranged in a grid-like fashion.

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Imunisasi merupakan kegiatan pencegahan dan penanggulangan penyakit yang terbukti dapat mengendalikan dan menghilangkan penyakit menular yang mengancam jiwa. Dengan cakupan imunisasi yang tinggi diperkirakan dapat mencegah 3,5 sampai 5 juta kematian setiap tahunnya (World Health Organization [WHO], (2023)). Imunisasi bertujuan untuk mencegah kesakitan, kecacatan bahkan kematian akibat Penyakit-penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) seperti Polio, Campak, Rubela, Pertusis, dan Difteri. Imunisasi dapat memberikan perlindungan spesifik terhadap PD3I kepada individu yang telah diberikan imunisasi. Apabila cakupan imunisasi tinggi dan merata maka akan membentuk kekebalan kelompok serta melindungi kelompok masyarakat yang rentan, termasuk kelompok usia lainnya (dewasa atau orang tua). Selain cakupan yang tinggi dan merata, perlindungan melalui imunisasi juga ditentukan oleh kualitas vaksin yang diberikan. Pengelolaan vaksin yang baik di setiap fasilitas pelayanan kesehatan juga sangat penting untuk memastikan vaksin tetap bermutu (poten) hingga diberikan kepada sasaran.

Selama beberapa tahun terakhir terutama saat pandemi COVID-19, cakupan imunisasi belum dapat mencapai target yang diharapkan. Cakupan imunisasi yang rendah selama beberapa tahun akan menyebabkan adanya daerah kantong dengan cakupan yang rendah dan terakumulasinya sejumlah kelompok rentan sehingga berisiko tinggi terjadi penyebaran PD3I, bahkan mengakibatkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Cakupan imunisasi rutin yang rendah selama pandemi COVID-19 menyebabkan munculnya KLB PD3I yang terjadi di beberapa wilayah di Indonesia. Beberapa wilayah melaporkan peningkatan kasus dan KLB PD3I. Menindaklanjuti KLB yang terjadi, respon imunisasi atau *Outbreak Response Immunization* (ORI) harus dilakukan. ORI merupakan upaya penanggulangan KLB dengan pemberian imunisasi untuk mencapai kekebalan individu dan komunitas secara cepat hingga memutus mata rantai penularan PD3I.

Persiapan ORI harus segera dilakukan saat kriteria KLB sudah terpenuhi. Pelaksanaan ORI perlu didukung dengan upaya kajian epidemiologi oleh Tim Gerak Cepat (TGC) atau tim penyelidikan epidemiologi. Kajian epidemiologi tersebut meliputi penentuan luas wilayah geografis dan kelompok usia sasaran untuk pelaksanaan ORI. Persiapan yang baik dan pelaksanaan ORI yang tepat waktu serta sesuai prosedur dapat menghentikan penyebaran penyakit dan menanggulangi KLB.

Namun demikian, kegiatan ORI di sebagian besar wilayah belum terlaksana dengan optimal dan belum mencapai cakupan yang diharapkan. Bahkan di beberapa daerah KLB, ORI sama sekali tidak dilakukan. Oleh karena itu diperlukan peningkatan kapasitas, dan pemantauan secara terus menerus oleh petugas kesehatan, terutama di puskesmas, dan dukungan Pemerintah Daerah untuk keberhasilan pelaksanaan ORI dalam rangka penanggulangan KLB PD3I.

Berdasarkan hal tersebut, maka perlu disusun suatu petunjuk teknis yang dapat menjadi acuan bagi petugas kesehatan dalam melaksanakan ORI.

B. Tujuan

1. Tujuan umum:

Menghentikan penularan PD3I dan menanggulangi KLB yang terjadi serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayah terdampak dengan menyediakan petunjuk teknis sebagai acuan pelaksanaan ORI.

2. Tujuan khusus:

- a. Melakukan kajian epidemiologi dalam menentukan luas wilayah geografis dan kelompok usia sasaran;
- b. Melakukan perencanaan dan persiapan;
- c. Melaksanakan manajemen vaksin dan logistik;
- d. Melaksanakan pelayanan imunisasi;
- e. Melakukan manajemen limbah;
- f. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan;
- g. Melaksanakan surveilans KIPI;
- h. Melaksanakan monitoring dan evaluasi; dan
- i. Melaksanakan penguatan imunisasi rutin dan surveilans pasca pelaksanaan ORI.

C. Sasaran

Sasaran petunjuk teknis ini adalah:

1. Pengelola program imunisasi, pengelola farmasi/logistik, dan pengelola surveilans di dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, serta puskesmas.
2. Pengelola program terkait lainnya seperti kesehatan lingkungan, promosi kesehatan, gizi dan KIA di dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, serta puskesmas.

3. Tim Gerak Cepat atau tim yang melakukan penyelidikan epidemiologi yang ada di dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, serta puskesmas.
4. Seluruh tenaga kesehatan dan tenaga medis yang mendukung pelaksanaan ORI.
5. Lintas sektor terkait yang mendukung pelaksanaan ORI.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup petunjuk teknis ini meliputi:

1. Definisi operasional KLB PD3I;
2. Pra pelaksanaan ORI;
3. Pelaksanaan ORI;
4. Pasca pelaksanaan ORI.

E. Landasan Hukum


1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5685);
2. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 949/MENKES/SK/VIII/2004 Tahun 2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501 /MENKES/PER/X/2010 Tahun 2010 tentang jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya;
5. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 81 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengelolaan Dana Darurat
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 559);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 88);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 461);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di Bidang Non Infrastruktur Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 68);
13. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 62 Tahun 2023 tentang Perencanaan, Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, serta Akuntansi dan Pelaporan Keuangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 472).

The background of the slide features a network diagram with numerous nodes and connecting lines, primarily in shades of light blue and grey, set against a white background. The nodes are represented by small circles and triangles, and the lines are thin and light blue. The diagram is more dense on the left side and becomes sparser towards the right.

BAB 2

DEFINISI OPERASIONAL KEJADIAN LUAR BIASA PENYAKIT-PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (KLB PD3I)

The bottom right corner of the slide features a geometric pattern of overlapping, semi-transparent light blue shapes, including triangles and polygons, creating a modern, abstract design.

A. Kejadian Luar Biasa (KLB)

Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah meningkatnya kejadian, kesakitan, kematian, dan/atau kedisabilitas akibat penyakit dan masalah kesehatan yang bermakna secara epidemiologis di suatu daerah pada kurun waktu tertentu. KLB PD3I ditentukan berdasarkan kriteria KLB masing-masing penyakit. Penetapan Status KLB berdasarkan UU Kesehatan No. 17 tahun 2023 dapat dilakukan oleh:

1. Bupati/Walikota, dalam hal KLB terjadi di tingkat kabupaten/kota;
2. Gubernur, dalam hal Bupati/Walikota tidak dapat menetapkan status KLB atau KLB terjadi lintas kabupaten/kota di satu provinsi;
3. Menteri Kesehatan, dalam hal pemerintah daerah tidak dapat menetapkan status KLB. Pencabutan status KLB dapat dilakukan apabila sudah tidak ditemukan kasus baru dalam dua kali masa inkubasi terpanjang penyakit, kecuali KLB polio.

B. Campak dan Rubela

Definisi operasional Kejadian Luar Biasa (KLB) Campak atau KLB Rubela yaitu sebagai berikut:

1. KLB Suspek Campak: Adanya lima (5) atau lebih kasus suspek campak dalam waktu empat (4) minggu berturut-turut dan ada hubungan epidemiologi*.
2. KLB Campak Pasti: Apabila hasil pemeriksaan laboratorium minimum dua (2) spesimen positif IgM campak dari hasil pemeriksaan kasus pada KLB suspek campak atau hasil pemeriksaan kasus pada CBMS ditemukan minimum dua (2) spesimen positif IgM campak dan ada hubungan epidemiologi*.
3. KLB Rubela Pasti: Apabila hasil pemeriksaan laboratorium minimum dua (2) spesimen positif IgM rubela dari hasil pemeriksaan kasus pada KLB suspek campak atau hasil pemeriksaan kasus pada CBMS ditemukan minimum dua (2) spesimen positif IgM rubela dan ada hubungan epidemiologi*.
4. KLB Mix: Apabila hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan minimum dua (2) spesimen positif IgM campak dan dua (2) spesimen positif IgM rubela, serta ada hubungan epidemiologi*.

**Hubungan epidemiologi dapat berarti terdapat kontak antara kasus-kasus tersebut seperti satu keluarga, satu kelas, satu teman sepermainan dalam kurun waktu empat minggu berturut-turut. Hubungan epidemiologi yang lebih luas dapat dipertimbangkan terutama jika cakupan imunisasi campak-rubela masih rendah. Kasus-kasus dalam satu kelurahan atau kecamatan dapat dipertimbangkan sebagai suatu hubungan epidemiologi.*

Campak adalah penyakit yang sangat menular, yang disebabkan oleh Morbillivirus. Komplikasi paling umum seperti pneumonia, malnutrisi, otitis media, kebutaan, kejang demam, ensefalitis, ulkus mukosa mulut, dan komplikasi jangka panjang yaitu *Subacute Sclerosing Panencephalitis* (SSPE). Kasus kematian terjadi karena komplikasi seperti pneumonia, diare berat, dan sepsis.

Rubela adalah penyakit akut menular, yang disebabkan oleh Togavirus jenis Rubivirus yang biasanya gejalanya mirip dengan campak seperti demam ringan dan ruam pada anak-anak dan orang dewasa. Infeksi selama kehamilan terutama pada trimester pertama, dapat menyebabkan keguguran, kematian, atau cacat bawaan lahir dikenal dengan *Congenital Rubella Syndrome* (CRS).

C. Difteri

Suatu wilayah dinyatakan dalam situasi KLB Difteri apabila ditemukan:

1. Sekurang-kurangnya satu kasus Difteri dengan konfirmasi laboratorium kultur positif, atau;
2. Sekurang-kurangnya satu suspek Difteri yang mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus kultur positif.

Difteri adalah penyakit saluran pernafasan atas yang dapat menular secara akut, yang disebabkan oleh *Corynebacterium diphteriae*. Gejala biasanya muncul 2-5 hari setelah terpapar dan bervariasi dari ringan hingga berat. Pada kasus yang parah, bakteri bisa menghasilkan racun (toksin) yang dapat masuk ke dalam aliran darah sehingga mengakibatkan komplikasi yang meliputi peradangan dan kerusakan otot jantung yang menyebabkan denyut jantung tidak normal, peradangan saraf yang dapat menyebabkan kelumpuhan, masalah ginjal, serta masalah perdarahan.

D. Pertusis

Suatu wilayah dinyatakan KLB Pertusis apabila ditemukan:

1. Sekurang-kurangnya satu kasus pertusis dengan hasil pemeriksaan PCR/kultur positif atau;
2. Sekurang-kurangnya satu suspek pertusis yang mempunyai hubungan epidemiologi dengan kasus PCR/kultur positif.

Respon terhadap KLB Pertusis harus segera dilakukan untuk mencegah penyebaran pertusis yang lebih luas.

Pertusis (batuk rejan) adalah infeksi pernapasan yang sangat menular yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertussis*. Pertusis menyebar dengan mudah melalui batuk atau bersin dan paling berbahaya pada bayi dan merupakan penyebab kematian pada kelompok usia dini.

E. Polio

Suatu wilayah dinyatakan terjadi KLB Polio, apabila ditemukan:

1. Sekurang-kurangnya satu kasus lumpuh layu akut yang disebabkan oleh Virus polio liar (*Wild Polio Virus/WPV*) atau *Vaccine Derived Polio Virus (VDPV)*, atau;
2. WPV atau VDPV pada lebih dari satu sampel lingkungan terpisah (sampel dikumpulkan lebih dari satu lokasi pengambilan sampel yang berbeda atau sampel diambil pada lokasi yang sama namun jarak pengambilan sampel lebih dari dua bulan). Kejadian KLB/Wabah polio ini dapat dinyatakan berakhir jika tidak ditemukan lagi virus polio di seluruh wilayah Indonesia lebih dari 6 bulan sejak laporan adanya virus polio terakhir.

Poliomielitis (Polio) adalah penyakit yang sangat menular yang pada umumnya menginfeksi anak-anak di bawah usia 5 tahun. Virus ini ditularkan dari orang ke orang, terutama melalui jalur fekal-oral, kemudian berkembang dalam usus dan dapat menyerang sistem saraf hingga menyebabkan kelumpuhan.

A background featuring a network diagram of interconnected nodes and lines, transitioning from a dense cluster on the left to a sparse distribution on the right. The nodes are represented by small circles, and the connections are thin lines. The overall color palette is light blue and white.

BAB 3

PRA PELAKSANAAN

A decorative geometric pattern in the bottom right corner, consisting of overlapping, semi-transparent light blue triangles and squares that create a 3D effect.

A. Penentuan Luas Wilayah Geografis dan Kelompok Usia Sasaran serta Mekanisme ORI

Tim Gerak Cepat (TGC) dan pengelola program imunisasi tingkat kabupaten/kota dengan melibatkan TGC dan pengelola program imunisasi tingkat puskesmas melakukan kajian epidemiologi untuk menentukan luas wilayah dan kelompok usia sasaran ORI. Apabila TGC di tingkat kabupaten/kota dan puskesmas belum terbentuk maka kajian epidemiologi dilakukan oleh tim penyelidikan epidemiologi dan pengelola program imunisasi tingkat kabupaten/kota dan puskesmas. Kajian epidemiologi dilakukan menggunakan format yang telah disediakan sesuai dengan penyakitnya.

- TGC sekurang-kurangnya terdiri dari Epidemiolog, petugas laboratorium, tenaga medis, promosi kesehatan, dan sanitarian.
- TGC atau tim penyelidikan epidemiologi melaporkan hasil kajian kepada pimpinan (Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Kepala Puskesmas) sesegera mungkin untuk mendapatkan dukungan pelaksanaan ORI yang optimal.

Mekanisme pelaksanaan ORI untuk masing-masing penyakit meliputi waktu mulai dan berakhirnya ORI, vaksin yang digunakan, jumlah putaran, dan target cakupan.

1. Campak dan Rubela

a. Penentuan Luas Wilayah Geografis dan Kelompok Usia Sasaran ORI

Kajian epidemiologi untuk menentukan luas wilayah dan kelompok usia sasaran dilakukan menggunakan Instrumen Kajian Epidemiologi ORI Campak Rubela Tingkat Puskesmas/Kecamatan. Apabila KLB terjadi atau berpotensi terjadi lintas wilayah kecamatan di satu kabupaten/kota maka perlu dilakukan kajian menggunakan Instrumen Kajian Epidemiologi ORI Campak Rubela Tingkat Kabupaten/Kota. Instrumen tersebut dapat diunduh dalam tautan <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBPD3I>. Tahapan kajian epidemiologi ORI Campak Rubela terdiri dari:

- 1) Menentukan luas wilayah;
- 2) Melakukan survei cakupan imunisasi di komunitas;
- 3) Menentukan kelompok usia sasaran.

b. Mekanisme ORI

1) Waktu Mulai dan Berakhirnya ORI

ORI harus dimulai sesegera mungkin paling lambat 7 hari setelah kriteria KLB terpenuhi. ORI termasuk *sweeping* harus diselesaikan dalam waktu 3 minggu.

2) Vaksin yang Digunakan

Vaksin yang digunakan dalam pelaksanaan ORI adalah vaksin Campak Rubela. Seluruh sasaran diberikan 1 dosis imunisasi Campak Rubela tanpa memandang status dan interval imunisasi sebelumnya.

3) Jumlah Putaran ORI

ORI dilaksanakan sebanyak 1 putaran.

4) Target Cakupan

Target cakupan ORI sekurang-kurangnya 95% dari sasaran, merata di seluruh wilayah ORI.

2. Difteri

a. Penentuan Luas Wilayah Geografis dan Kelompok Usia Sasaran

Kajian epidemiologi untuk menentukan luas wilayah dan kelompok usia sasaran dilakukan menggunakan Instrumen Kajian Epidemiologi ORI Difteri Tingkat Puskesmas/Kecamatan. Apabila KLB terjadi atau berpotensi terjadi lintas wilayah kecamatan di satu kabupaten/kota maka perlu dilakukan kajian menggunakan Instrumen Kajian Epidemiologi ORI Difteri Tingkat Kabupaten/Kota. Instrumen tersebut dapat diunduh dalam tautan <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBPD3I>. Tahapan kajian epidemiologi ORI Difteri terdiri dari:

- 1) Menentukan luas wilayah;
- 2) Melakukan survei cakupan imunisasi di komunitas;
- 3) Menentukan kelompok usia sasaran.

b. Mekanisme ORI

1) Waktu Mulai dan Berakhirnya ORI

ORI harus dimulai sesegera mungkin paling lambat 14 hari setelah kriteria KLB terpenuhi. ORI termasuk *sweeping* per putaran harus diselesaikan dalam waktu 3 minggu.

2) Vaksin yang Digunakan

Vaksin yang digunakan sesuai dengan usia sasaran. Seluruh sasaran diberikan 3 dosis imunisasi difteri, tanpa memandang status imunisasi sebelumnya.

Tabel 3.1 Usia dan Jenis Vaksin yang Digunakan dalam ORI KLB Difteri

Usia	Jenis Vaksin
2 bulan s.d < 5 tahun	DPT-HB-Hib
Usia 5 s.d < 7 tahun	DT
Usia 7 tahun ke atas	Td

3) Jumlah Putaran ORI

ORI dilaksanakan sebanyak 3 putaran dengan interval antara putaran pertama dan putaran kedua adalah 1 bulan, sedangkan interval antara putaran kedua dan putaran ketiga adalah 6 bulan.

4) Target Cakupan

Target cakupan ORI sekurang-kurangnya 90% dari sasaran untuk setiap putaran, merata di seluruh wilayah ORI.

3. Pertusis

a. Penentuan Luas Wilayah Geografis

Respon terhadap KLB Pertusis dilaksanakan berupa pemberian imunisasi kejar bagi seluruh anak usia 2 bulan sampai dengan <5 tahun yang tidak pernah mendapatkan imunisasi dan belum lengkap status imunisasinya. Kajian epidemiologi dilakukan hanya untuk menentukan luas wilayah pelaksanaan dengan menggunakan Instrumen Kajian Epidemiologi Imunisasi Kejar Pertusis Tingkat Puskesmas/Kecamatan. Apabila KLB terjadi atau berpotensi terjadi lintas wilayah kecamatan di satu kabupaten/kota maka perlu dilakukan kajian menggunakan Instrumen Kajian Epidemiologi Imunisasi Kejar Pertusis Tingkat Kabupaten/Kota. Instrumen tersebut dapat diunduh dalam tautan <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBPD3I>.

b. Mekanisme Imunisasi Kejar

1) Waktu Mulai dan Berakhirnya Imunisasi Kejar

Imunisasi Kejar harus dimulai sesegera mungkin paling lambat 7 hari setelah kriteria KLB terpenuhi, kegiatan ini dilaksanakan hingga seluruh sasaran mendapatkan imunisasi pertusis lengkap sesuai usia.

2) Vaksin yang Digunakan

Vaksin yang digunakan adalah DPT-HB-Hib yang diberikan dengan memperhatikan status dan interval imunisasi sebelumnya.

3) Target Cakupan

Target Imunisasi Kejar Pertusis adalah seluruh sasaran memperoleh imunisasi pertusis lengkap sesuai usia dengan interval minimal sesuai ketentuan.

Catatan: Imunisasi Kejar Pertusis dapat dilakukan terintegrasi dengan jenis imunisasi lainnya.

Tabel 3.2 Panduan Imunisasi Kejar

Jenis Imunisasi	Jumlah Dosis Lengkap	Usia sasaran imunisasi kejar		
		Bayi (0-11 bulan)	Balita (12-59 bulan)	Anak Sekolah
BCG	1 dosis	Paling lambat usia 11 bulan (< 1 tahun)	-	-
OPV	4 dosis	Interval minimal antar dosis adalah 4 minggu.		
IPV	2 dosis	Interval minimal antar dosis adalah 4 bulan		-
DPT-HB-Hib	<ul style="list-style-type: none"> Bayi: 3 dosis Balita: 4 dosis 	Interval minimal antar dosis adalah 4 minggu.	Interval minimal: <ul style="list-style-type: none"> Dosis pertama dan kedua adalah 1 bulan Dosis kedua dan ketiga adalah 6 bulan Dosis ketiga dan keempat adalah 12 bulan. 	-
Campak Rubela	<ul style="list-style-type: none"> Bayi: 1 dosis Balita: 2 dosis Anak usia SD/ sederajat: 2 dosis (jika belum pernah) 	Paling lambat usia 11 bulan (< 1 tahun)	Interval minimal antara dosis pertama dan kedua adalah 6 bulan.	

Jenis Imunisasi	Jumlah Dosis Lengkap	Usia sasaran imunisasi kejar		
		Bayi (0-11 bulan)	Balita (12-59 bulan)	Anak Sekolah
PCV	<ul style="list-style-type: none"> Bayi: 3 dosis Usia 12 – 24 bulan: 2 dosis Usia >24 bulan: 1 dosis 	<ul style="list-style-type: none"> Dosis pertama dan kedua diberikan dengan interval minimal 4 minggu. Dosis ketiga diberikan pada usia 12 bulan dengan memperhatikan interval dari dosis kedua minimal 8 minggu. 	<p>Anak usia >12 – 23 bulan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jika sudah pernah mendapatkan 1 dosis sebelum berusia 12 bulan, maka dosis kedua diberikan dengan interval minimal 4 minggu dari dosis pertama dan dosis ketiga diberikan dengan interval minimal 8 minggu dari dosis kedua Jika belum pernah mendapatkan imunisasi PCV sama sekali, maka anak cukup diberikan dua dosis dengan interval minimal 8 minggu. <p>Anak usia 24—59 bulan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Catatan: khusus daerah yang sudah melakukan introduksi PCV sebelum Maret 2021. Jika anak termasuk dalam sasaran introduksi imunisasi PCV belum pernah mendapatkan imunisasi PCV sama sekali, maka anak masih dapat diberikan satu dosis. 	—
Rotavirus	3 dosis	<ul style="list-style-type: none"> Paling lambat usia 6 bulan 29 hari Interval minimal antar dosis 4 minggu. 	—	—
JE	1 dosis	Hanya di daerah endemis.		—

Jenis Imunisasi	Jumlah Dosis Lengkap	Usia sasaran imunisasi kejar		
		Bayi (0-11 bulan)	Balita (12-59 bulan)	Anak Sekolah
Td	2 dosis	–	–	Interval minimal 2 tahun sampai dengan usia sekolah kelas 6 SD/ sederajat
HPV	2 dosis	–	–	Interval minimal 6 bulan sampai dengan usia sekolah kelas 6 SD/ sederajat

4. Polio

ORI dalam rangka penanggulangan KLB Polio merupakan kegiatan pemberian imunisasi tambahan yang terdiri dari ORI cepat terbatas dan ORI skala luas.

a. Penentuan Luas Wilayah Geografis dan Kelompok Usia Sasaran

Kajian epidemiologi untuk KLB Polio dilaksanakan oleh ahli, Kementerian Kesehatan, serta *Global Polio Eradication Initiative (GPEI)*. Kelompok usia sasaran adalah anak usia <5 tahun atau dapat ditingkatkan menjadi anak usia 10 - 15 tahun bahkan seluruh populasi, berdasarkan kajian epidemiologi. Sementara itu, untuk luas wilayah geografis ditentukan berdasarkan jumlah minimal sasaran yang harus menjadi target, sebagaimana direkomendasikan oleh WHO. Jumlah sasaran ini berbeda-beda untuk setiap tipe KLB Polio.

- 1) KLB Polio *circulating Vaccine-Derived Polio Virus type 2 (cVDPV2)*
 - ORI cepat terbatas: jumlah sasaran adalah 100.000-400.000 orang.
 - ORI skala luas (Sub PIN): jumlah sasaran adalah 2-4 juta orang.
- 2) KLB Polio cVDPV2 dan cVDPV/WPV tipe 1/ cVDPV tipe 3 (*co-circulation*)
 - ORI cepat terbatas: jumlah sasaran ditentukan berdasarkan kajian epidemiologi.
 - ORI skala luas (Sub PIN): jumlah sasaran ditentukan berdasarkan kajian epidemiologi.
- 3) KLB Polio *Wild Polio Virus type 1 (WPV1)*
 - ORI cepat terbatas: jumlah sasaran adalah 100.000-400.000 orang.
 - ORI skala luas (Sub PIN): jumlah sasaran adalah 1-2 juta orang.

- 4) KLB Polio *circulating Vaccine-Derived Polio Virus type 1 (cVDPV1)/circulating Vaccine-Derived Polio Virus type 3 (cVDPV3)*
 - ORI cepat terbatas: jumlah sasaran adalah 100.000 orang.
 - ORI skala luas (Sub PIN): jumlah sasaran adalah sampai dengan 2 juta orang.
- 5) KLB Polio cVDPV/WPV tipe 1 dan cVDPV tipe 3 (*co-circulation*)
 - ORI cepat terbatas: jumlah sasaran ditentukan berdasarkan kajian epidemiologi.
 - ORI skala luas (Sub PIN): jumlah sasaran ditentukan berdasarkan kajian epidemiologi.

b. Mekanisme ORI

1) Waktu Mulai dan Berakhirnya ORI

- ORI cepat terbatas: dimulai selambat-lambatnya 14 hari setelah notifikasi kasus/KLB polio.
- ORI skala luas: putaran 1 dimulai selambat-lambatnya 28 hari setelah notifikasi kasus/KLB polio, putaran kedua dilaksanakan dengan jarak minimal 1 bulan dari putaran 1.
- Apabila dilakukan *mop-up* maka dilaksanakan selambat-lambatnya 21 hari setelah pelaksanaan putaran 2 selesai.

2) Vaksin yang Digunakan

Vaksin yang digunakan pada situasi KLB Polio bergantung pada jenis virus penyebab KLB Polio.

Tabel 3.3 Jenis KLB Polio dan Vaksin yang Digunakan

KLB Polio	Jenis Vaksin yg Digunakan
Tipe 1 (WPV1/cVDPV1)	<i>bivalent Oral Polio Vaccine (bOPV)</i>
Tipe 2 (cVDPV2)	<i>novel Oral Polio Vaccine tipe 2 (nOPV2)</i>
Tipe 3 (WPV3/cVDPV3)	<i>bivalent Oral Polio Vaccine (bOPV)</i>

3) Jumlah Putaran ORI

ORI cepat terbatas dilaksanakan sejumlah 1 putaran, sementara ORI skala luas dilaksanakan sejumlah 2 putaran. Jika berdasarkan kajian epidemiologi masih ditemukan risiko penularan maka dapat dilakukan ORI skala luas putaran berikutnya atau *mop-up*.

4) Target Cakupan

Target cakupan sekurang-kurangnya 95% dari sasaran untuk masing-masing putaran.

B. Perencanaan

1. Pendataan Sasaran

Pendataan dan perhitungan jumlah sasaran dilakukan dengan cara sebagai berikut:

a. Tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Jumlah sasaran menggunakan data estimasi yang bersumber dari Kementerian Kesehatan dan/atau juga berdasarkan hasil rekapitulasi pendataan sasaran seluruh puskesmas di wilayahnya. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dapat berkoordinasi dengan lintas Organisasi Perangkat Daerah (OPD) untuk pendataan sasaran sebagai berikut:

- Sasaran anak sekolah: berkoordinasi dengan Dinas Pendidikan dan Kanwil Kemenag setempat untuk mendapatkan data sasaran. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota diharapkan juga mengkoordinir puskesmas untuk mengkonfirmasi data tersebut kepada petugas di PAUD/TK/RA/Sekolah/Satuan pendidikan sederajat untuk mendapatkan daftar murid *by name by address*.
- Sasaran anak usia sekolah yang tidak bersekolah: berkoordinasi dengan Dinas Sosial setempat untuk mendapatkan data anak-anak yang berada dalam naungan Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA), Kanwil Kementerian Hukum dan HAM untuk mendapatkan data anak-anak yang berada dalam naungan Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA).

b. Tingkat Puskesmas

Pendataan sasaran ORI di tingkat puskesmas dilakukan oleh petugas imunisasi, bidan desa, dan petugas kesehatan lain dengan melibatkan kader maupun dasawisma setempat yang berdomisili di desa/kelurahan. Beberapa metode pendataan sasaran yang dapat dilakukan:

- Identifikasi sasaran ORI balita dengan memanfaatkan data di buku kohort/register imunisasi/sistem pencatatan elektronik. Identifikasi sasaran ini harus mencakup semua sasaran ORI di wilayah kerja puskesmas tersebut, termasuk yang mendapatkan layanan di fasilitas pelayanan kesehatan swasta.

- Pendataan langsung melalui kunjungan rumah ke rumah, bekerjasama dengan kader dan dasawisma setempat, untuk mengidentifikasi balita yang belum tercatat dalam buku kohort/register imunisasi dan/atau anak usia sekolah yang tidak sekolah dan kelompok sasaran ORI lainnya.

2. Perhitungan Kebutuhan Vaksin dan Logistik serta Distribusinya

a. Perhitungan Kebutuhan Vaksin

Kebutuhan vaksin untuk pelaksanaan ORI dihitung berdasarkan jumlah sasaran ORI, jumlah pemberian, target cakupan, dan Indeks Pemakaian (IP) vaksin (Tabel 3.4). Jenis vaksin disesuaikan dengan jenis KLB PD3I. Kebutuhan vaksin dihitung dengan rumus sebagai berikut:

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

Tabel 3.4 Jenis, IP Vaksin, Jumlah Pemberian, serta Target Cakupan Pelaksanaan ORI

KLB	Jenis Vaksin	IP Vaksin	Jumlah Pemberian/Putaran	Target Cakupan
Campak Rubela	MR	8	1 putaran	95%
Pertusis	DPT-HB-Hib	4	Melengkapi status imunisasi	100%
Difteri	DPT-HB-Hib	4	3 putaran	90%
	DT	8		
	Td	8		
Polio Tipe 1 dan 3*	bOPV	8	2 putaran (khusus untuk wilayah ORI cepat terbatas perlu 3 putaran)	95%
Polio Tipe 2*	<i>Novel Oral Polio Vaccine (nOPV2)</i>	40		

* Penanggulangan KLB polio akan melibatkan para ahli, Kementerian Kesehatan dan *Global Polio Eradication Initiative (GPEI)*.

b. Perhitungan Kebutuhan Logistik

1) Kebutuhan Alat Suntik

Kebutuhan alat suntik dihitung sebagai berikut:

- **Alat Suntik 5 mL.**
Disediakan bila vaksin menggunakan pelarut misalnya Campak-Rubela.
Kebutuhan alat suntik 5 mL = jumlah vial vaksin yang mempunyai pelarut + maksimal 3% cadangan.
- ***Auto Disable Syringe (ADS)* 0,5 mL.**
Kebutuhan ADS 0,5 mL = (jumlah sasaran x jumlah pemberian) + maksimal 3% cadangan.
- **Dropper.**
Alat ini disediakan untuk vaksin yang diberikan secara oral/tetes misalnya OPV. Kebutuhan Dropper = Jumlah vial vaksin tetes + maksimal 3% cadangan.
- ***Safety box.***
Kebutuhan *Safety box* ukuran 2,5 L = Jumlah ADS / 50.
Kebutuhan *Safety box* ukuran 5 L = Jumlah ADS / 100.
- **Perlengkapan Anafilaktik.**
Puskesmas wajib menyediakan perlengkapan anafilaktik sesuai jumlah pos yang melakukan pelayanan pada waktu yang bersamaan.
- ***Pen Marker/* alat penanda lainnya.**
Pen marker digunakan untuk menandai jari anak yang sudah mendapatkan imunisasi. Satu buah *pen marker* dapat digunakan untuk 100 orang sasaran.
Kebutuhan *Pen marker* = Jumlah sasaran / 100. Bila *pen marker* tidak tersedia maka dapat digunakan gentian violet, atau alat penanda lainnya.
- **Plastik Klip (hanya untuk nOPV2).**
Plastik klip digunakan untuk membungkus vaksin utuh pada saat distribusi ke pos pelayanan imunisasi dan vaksin terbuka/terpakai dan/atau rusak setelah selesai pelayanan.
Kebutuhan plastik klip dihitung sebagai berikut: Volume vial vaksin dibagi volume plastik klip yang digunakan dikalikan 2 putaran, ditambahkan 5% cadangan di puskesmas. Kebutuhan plastik klip di puskesmas adalah 2 kali lipat.
- **Kontainer (hanya untuk nOPV2).**
Kontainer merupakan wadah tertutup terbuat dari plastik, digunakan untuk menempatkan limbah medis.

Kebutuhan kontainer limbah medis dihitung sebagai berikut: Volume plastik limbah medis berisi vial serta dropper dibagi volume wadah/kontainer yang digunakan dikalikan 2 putaran, ditambahkan 5% cadangan.

- *Vaccine Carrier*

Setiap *vaccine carrier* yang digunakan harus sesuai dengan standar PQS WHO. *Vaccine carrier* harus dilengkapi sejumlah *cool pack* (*ice pack* khusus nOPV2) yang sesuai dengan jenis atau tipe *vaccine carrier*, alat pemantau suhu, dan indikator paparan suhu beku. Puskesmas menyediakan *vaccine carrier* sejumlah pos yang melakukan pelayanan pada waktu yang bersamaan. Setiap 3 pos harus mempunyai 1 *vaccine carrier* cadangan untuk supervisor.

Perhitungan kebutuhan logistik diatas dapat dilihat secara singkat pada tabel 3.5 berikut ini.

Tabel 3.5 Perhitungan Kebutuhan Logistik

Alat Suntik	
Alat Suntik 5 mL	(Jumlah vial vaksin yang mempunyai pelarut) + maksimal 3% cadangan
ADS 0,5 mL	(jumlah sasaran x jumlah pemberian)+maksimal 3% cadangan
Safety box	
2.5 L	(Jumlah ADS) / 50
5 L	(Jumlah ADS) / 100
Perlengkapan Anafilaktik	Sejumlah pos yang melakukan pelayanan pada waktu yang bersamaan
<i>Pen marker</i>	Jumlah sasaran / 100
<i>Dropper</i>	Jumlah vial vaksin + maksimal 3% cadangan
Plastik klip*	(Vial vaksin / volume plastik klip) x 2 putaran + 5% cadangan
Kontainer*	(Volume plastik limbah medis berisi vial serta dropper / volume wadah/kontainer) x 2 putaran + 5% cadangan
<i>Vaccine Carrier</i> (Sesuai standar PQS WHO)	Sejumlah pos yang melakukan pelayanan pada waktu yang bersamaan. Setiap 3 pos harus mempunyai 1 <i>vaccine carrier</i> cadangan untuk supervisor

*khusus nOPV2

c. Distribusi Vaksin dan Logistik

Pendistribusian vaksin dan logistik harus sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan untuk menjaga kualitas vaksin agar tetap poten sampai ke tingkat pelayanan. Vaksin yang akan didistribusikan dikemas dalam *cold box* dari provinsi hingga ke puskesmas, kemudian dibawa menggunakan *vaccine carrier* ke pos pelayanan imunisasi. Distribusi vaksin harus disertai dengan *Vaccine Arrival Report* (VAR) dan *Packing Slip* yang mencantumkan identitas dan kualitas vaksin saat pengemasan. Alat suntik dikemas secara aman untuk menjaga sterilitas, dan disertai dengan dokumen pengiriman berupa Surat Bukti Barang Keluar (SBBK).

Petugas pengelola di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima vaksin dan logistik harus melakukan pengecekan barang yang diterima, serta pencatatan dalam aplikasi SMILE.

Pendistribusian vaksin dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Menggunakan mobil berpendingin atau kendaraan lain yang terlindung dari paparan sinar matahari langsung (tidak boleh menggunakan kendaraan bak terbuka).
- 2) Pada kondisi tidak tersedia kendaraan seperti poin 1, maka pendistribusian dapat menggunakan alat transportasi lain, selama vaksin masih tetap tersimpan dalam *cold box/vaccine carrier*.

3. Perhitungan Kebutuhan Tenaga Pelaksana

Kebutuhan tenaga pelaksana bervariasi pada setiap pos pelayanan imunisasi. Kebutuhan tenaga dapat dihitung dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Pada pelayanan di puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan dan pos pelayanan komunitas, 1 orang tenaga kesehatan diperkirakan mampu memberikan pelayanan imunisasi bagi sejumlah 100-150 anak di area perkotaan dan 75-100 anak di area pedesaan per harinya.
- b. Pada pelayanan di sekolah/satuan pendidikan sederajat, 1 orang tenaga kesehatan diperkirakan dapat memberikan pelayanan imunisasi bagi sejumlah 100 anak per harinya.
- c. Setiap pos pelayanan imunisasi dibantu oleh \pm 3 (tiga) orang kader/guru yang bertugas untuk:
 - 1) Sebelum jam pelayanan
 - Menggerakkan sasaran/orang tua untuk datang ke pos pelayanan imunisasi;

- 2) Saat jam pelayanan
 - Mengatur alur pelayanan di pos pelayanan imunisasi;
 - Mencatat hasil pelayanan imunisasi; dan
 - Memberi tanda/*marker* pada kuku dan kulit sekitar pangkal kuku jari kelingking kiri anak yang sudah mendapat imunisasi.
- d. Setiap 3-5 pos pelayanan imunisasi dikoordinir oleh satu orang supervisor puskesmas untuk memastikan pelaksanaan ORI berjalan dengan baik. Supervisor juga bertugas memantau kecukupan logistik dan KIPI.

Apabila diperlukan tambahan tenaga, perlu diinventarisasi juga tenaga yang dapat membantu pelaksanaan di pos pelayanan imunisasi, seperti:

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

4. Pemetaan Wilayah dan Penyusunan Jadwal Pelaksanaan

a. Pemetaan Wilayah

- 1) Puskesmas membuat peta wilayah pelaksanaan ORI.
- 2) Menentukan sebaran pos pelayanan imunisasi di wilayah ORI. Pos pelayanan imunisasi dapat berupa:
 - Fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, puskesmas pembantu, polindes/poskesdes, tempat praktik mandiri bidan, dokter praktik swasta, rumah sakit, dan sebagainya);
 - Posyandu;
 - Satuan pendidikan, yaitu PAUD/TK/RA, sekolah dasar/madrasah/ sederajat, dan satuan pendidikan lainnya, termasuk pondok pesantren;
 - Tempat ibadah (masjid, gereja, vihara, pura, dan sebagainya);
 - Pasar (pasar tradisional, mall, pasar modern, dan sebagainya);
 - Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA);
 - Lapas/rutan khusus anak;
 - Tempat-tempat umum lainnya (stasiun, bandara, terminal bus, dan sebagainya).

- 3) Puskesmas memperkirakan jarak dan waktu tempuh dari puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pos pelayanan ke setiap komunitas masyarakat.
- 4) Memetakan lokasi-lokasi rentan/berisiko:
 - Wilayah padat penduduk;
 - Wilayah mobilitas tinggi;
 - Wilayah kumuh;
 - Wilayah yang terdapat pekerja migran, kelompok marjinal, dan pengungsi yang berdomisili;
 - Wilayah pedesaan dan sulit secara geografis;
 - Wilayah yang teridentifikasi adanya penolakan terhadap imunisasi, atau;
 - Wilayah pemukiman baru.

b. Penyusunan Jadwal Pelaksanaan

Setelah dilakukan pemetaan, susun jadwal pelaksanaan untuk setiap pos pelayanan imunisasi yang mencantumkan:

- Nama petugas;
- Nama Supervisor;
- Tanggal dan waktu pelayanan;
- Lokasi pos pelayanan imunisasi.

5. Perencanaan Kegiatan Pendukung (Peningkatan Kapasitas, Advokasi, dan Penggerakan Masyarakat)

Agar ORI berjalan dengan baik dan berkualitas, perlu dilakukan kegiatan peningkatan kapasitas, advokasi, dan penggerakan masyarakat. Untuk melakukan kegiatan-kegiatan tersebut, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan puskesmas perlu menyusun rencana kegiatan serta berkoordinasi dengan seluruh pihak baik lintas program maupun lintas sektor terkait, serta pemangku kepentingan lainnya. Rencana kegiatan tersebut dituangkan dalam format mikroplaning dan dapat diunduh pada <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBPD3I>.

6. Pembiayaan

Sumber-sumber Pendanaan untuk pelaksanaan ORI PD3I dapat berasal dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, seperti pihak swasta maupun mitra pembangunan lainnya.

a. Pemerintah Daerah

Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota wajib untuk menerapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan dimana SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintah Wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. SPM Kesehatan terdiri atas SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/ Kota, dimana Pelayanan kesehatan bagi penduduk pada kondisi Kejadian Luar Biasa provinsi merupakan bagian dari jenis pelayanan dasar pada SPM Provinsi. Pendanaan SPM ini dapat dialokasikan dari Dana Alokasi Khusus berdasarkan pada kebutuhan dan prioritas daerah, termasuk juga untuk KLB setelah mendapatkan penetapan dari Kepala Daerah.

b. Kemitraan Pemerintah dengan Swasta dan mitra pembangunan lainnya

Kemitraan Pemerintah dengan Swasta dan mitra pembangunan lainnya yang selanjutnya disebut KPS, adalah hubungan saling memerlukan, saling menguatkan, dan/atau saling menguntungkan antara pihak Pemerintah dengan non-pemerintah dalam rangka mendukung program dan kegiatan pembangunan kesehatan.

Pengaturan terkait KPS ini sudah diatur di dalam Permenkes 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah Swasta di Bidang Non Infrastruktur Kesehatan di mana ruang lingkup penyelenggaraan KPS yaitu salah satunya untuk penanggulangan kejadian luar biasa / wabah penyakit atau kegawatdaruratan kesehatan masyarakat sehingga akan terbuka ruang untuk pendanaan pelaksanaan ORI PD3I.

C. Persiapan

Persiapan merupakan bagian yang sangat penting dalam program imunisasi termasuk persiapan sebelum pelaksanaan kegiatan ORI yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mempersiapkan seluruh sumber daya termasuk sarana dan prasarana serta kegiatan yang dibutuhkan dan memobilisasi dukungan lintas sektor/lintas program agar ORI dapat terlaksana dengan baik.

1. Peningkatan Kapasitas Bagi Petugas Kesehatan

Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota dapat melakukan kegiatan peningkatan kapasitas bagi petugas kesehatan melalui pelatihan, lokakarya (orientasi, sosialisasi, atau diseminasi), *on the job training*, maupun bimbingan teknis. Materi petunjuk teknis

dan media pembelajaran dapat diakses pada tautan <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBPD3I>.

a. Sasaran kegiatan orientasi:

- 1) Tingkat Provinsi, yaitu petugas pengelola program imunisasi, petugas pengelola program gizi dan kesehatan ibu dan anak (Gizi KIA), serta petugas pengelola farmasi/logistik tingkat kabupaten/kota.
- 2) Tingkat Kabupaten/kota, yaitu petugas pengelola program imunisasi, petugas pengelola program gizi dan kesehatan ibu dan anak (Gizi KIA), serta petugas pengelola farmasi/logistik tingkat puskesmas.
- 3) Tingkat Puskesmas yaitu para petugas kesehatan seperti dokter, bidan, dan perawat yang ditunjuk sebagai vaksinator pada pelaksanaan ORI serta kader.
- 4) Khusus ORI Polio tipe 2 melibatkan tenaga sanitasi lingkungan untuk manajemen limbah.

b. Metode orientasi dapat dilakukan secara bauran (*blended*) yaitu kombinasi secara tatap muka dan daring.

c. Materi orientasi meliputi:

- Mekanisme pelaksanaan ORI;
- Penyusunan mikroplaning;
- Advokasi, komunikasi, sosialisasi dan penggerakan masyarakat;
- Pengelolaan vaksin dan rantai dingin vaksin;
- Teknis pemberian imunisasi;
- Pengelolaan limbah;
- Pencatatan dan pelaporan;
- Surveilans Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI);
- Monitoring dan evaluasi.

2. Pelaksanaan strategi Komunikasi

Tujuan komunikasi yaitu:

- a. Meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat terkait imunisasi khususnya ORI, baik pada aspek keamanan, kualitas, dan manfaat imunisasi;
- b. Membangun kepercayaan masyarakat pada program imunisasi khususnya ORI;
- c. Mendorong partisipasi masyarakat mengikuti ORI;
- d. Menggalang dukungan lintas program dan lintas sektor serta pemangku kebijakan terkait untuk keberhasilan pelaksanaan ORI;
- e. Menangani peredaran hoaks/mis/disinformasi tentang isu imunisasi pada saat ORI.

Pelaksanaan ORI perlu melibatkan berbagai sektor terkait agar penanggulangan dapat dilakukan secara optimal. Untuk melaksanakan komunikasi yang terfokus, sistematis, dan efektif dalam mendorong orang tua dan pengasuh untuk membawa anaknya mengikuti ORI pada saat KLB PD3I, maka perlu dilakukan pendekatan-pendekatan sebagai berikut:

1) Advokasi

Advokasi merupakan proses pemberian edukasi dan motivasi kepada kelompok individu yang berpengaruh sehingga mereka melakukan berbagai tindakan spesifik guna mendukung program imunisasi.

Sasaran:

- Para pemimpin atau pengambil kebijakan (*policy makers*);
- Pembuat keputusan (*decision makers*) baik di institusi pemerintah maupun swasta;
- Tokoh masyarakat, tokoh agama, pendidik dan orang tua/pengasuh.

Tujuan:

Mendorong adanya komitmen dari pemangku kebijakan dan pembuat keputusan dalam:

- Penetapan kebijakan ORI;
- Menjamin tersedianya anggaran darurat untuk ORI;
- Kesiambungan penyediaan sarana pendukung dan sumber daya lainnya untuk penyelenggaraan ORI;
- Turut berperan dalam kegiatan penggerakan masyarakat serta mendorong partisipasi masyarakat dalam kegiatan ORI.

Alat bantu:

- Advokasi kit
- Pesan kunci

2) Hubungan Masyarakat (Humas)

Proses komunikasi yang strategis dan digunakan oleh satu pihak atau individu, oleh perusahaan atau organisasi, untuk membangun hubungan yang saling menguntungkan dengan masyarakat.

Sasaran:

- Masyarakat umum
- Orang tua dan pengasuh

Tujuan:

- Mengklarifikasi informasi yang salah dan tidak jelas;
- Meluruskan persepsi salah yang beranggapan bahwa imunisasi bukan sesuatu yang mendesak;
- Meniadakan keraguan terhadap efektivitas, keamanan dan KIPi yang menyebabkan orang tua atau pengasuh enggan membawa anak mereka untuk diimunisasi.

Alat bantu:

- Pesan Kunci
- Media KIE

3) Penggerakan Masyarakat

Proses pengorganisasian masyarakat atau upaya untuk meningkatkan keterlibatan dan keaktifan dari institusi, jaringan masyarakat, serta organisasi sosial/masyarakat sipil dalam mengubah sikap, struktur dan norma ke tujuan yang diinginkan, yaitu mendukung ORI.

Sasaran:

- Kader kesehatan;
- TNI/POLRI;
- Tokoh masyarakat;
- Tokoh agama;
- Pendidik/guru;
- Anggota masyarakat.

Tujuan:

- Membangun kesamaan pemahaman tentang pentingnya penggerakan masyarakat untuk program imunisasi sebagai upaya meningkatkan status kesehatan keluarga;
- Mendukung pelaksanaan ORI agar dapat berjalan dengan baik;
- Bersedia menjadi panutan dalam meningkatkan pemahaman masyarakat tentang manfaat dan pentingnya setiap anak mendapat ORI.

Peran penggerak masyarakat:

- Mengidentifikasi populasi sasaran ORI;
- Menyiapkan daftar sasaran ORI;
- Membagikan daftar nama sasaran ORI kepada petugas kesehatan;
- Melakukan kunjungan rumah untuk memobilisasi sasaran ke pos pelayanan imunisasi;

- Bekerjasama dengan petugas kesehatan untuk melacak sasaran yang perlu melengkapi rangkaian imunisasi;
- Menindaklanjuti sasaran yang belum hadir saat kegiatan ORI;
- Memberikan informasi tentang tanggal dan waktu kegiatan ORI.

Alat bantu:

- Dokumen mikroplaning;
- Data sasaran puskesmas dan posyandu;
- Pesan Kunci;
- Media KIE;
- ILM.

4) Kampanye di Media Massa dan Media Sosial

Penyebaran informasi tentang ORI oleh individu yang berpengaruh dan terpercaya seperti pejabat pemerintah, tokoh masyarakat, atau *Key Opinion Leaders* (para ahli seperti dokter, peneliti, atau pakar lainnya yang memiliki kapasitas keilmuan yang mumpuni) untuk menyeimbangkan segala informasi yang salah dan meyakinkan masyarakat tentang pentingnya ORI.

Sasaran:

- Jurnalis;
- Media elektronik;
- Media cetak;
- Media sosial;
- Orang tua/pengasuh;
- Masyarakat.

Tujuan:

Membantu memperluas jangkauan informasi guna memperoleh dampak semaksimal mungkin dalam pelaksanaan ORI.

Alat bantu:

- Pesan kunci;
- *Press release*;
- Media KIE;
- Video.

Kampanye juga dilakukan dengan sosialisasi yang dapat dilakukan melalui kegiatan penyebaran informasi dengan cara:

- Pemasangan media KIE ORI di tempat umum yang strategis.

- Pemberitahuan pelaksanaan ORI melalui media massa lokal (digital maupun cetak), media elektronik (radio swasta dan TV lokal), dan media sosial (Instagram, FB, WA, dll). Informasi bisa disesuaikan dengan bahasa daerah/lokal yang lebih mudah dipahami dengan baik.

Sosialisasi berisi pesan antara lain: alasan pemberian imunisasi, manfaat, jenis vaksin, jadwal dan sasaran imunisasi, dampak bila tidak diimunisasi, keluhan yang mungkin terjadi setelah imunisasi atau kemungkinan efek samping yang timbul dan tindakan atau penanganan pertama yang harus dilakukan, serta jadwal pelaksanaan ORI.

Penyampai Pesan (Juru Bicara)

Pada saat ORI, tanggapan cepat dan informasi kepada publik harus berdasarkan data dan fakta. Informasi yang disampaikan melalui juru bicara yang kompeten, misal dari segi jabatan, pengetahuan, pendidikan atau pengalaman dalam imunisasi. Apabila tidak ada informasi atau tanggapan cepat, publik mungkin kehilangan kepercayaan pada kemampuan organisasi untuk merespons dan akan beralih ke sumber lain yang kurang dipercaya. Penyampai pesan bisa ditentukan di masing-masing level, seperti:

- Tingkat pusat adalah juru bicara yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan.
- Tingkat daerah adalah Gubernur/Bupati/Walikota/Kepala Dinas Kesehatan.
- Pakar, tenaga kesehatan, dan tokoh masyarakat/agama bisa dijadikan sebagai juru bicara non pemerintah.

Pesan Kunci

Pada saat KLB terjadi, pesan kunci dan pesan pendukung disusun untuk menyakinkan target sasaran bahwa KLB yang sedang terjadi adalah penyakit-penyakit yang sangat berbahaya, namun dapat dicegah dengan imunisasi. Pesan kunci dapat disampaikan secara berulang melalui berbagai saluran /kanal informasi.

Untuk mencapai tujuan tersebut, pesan kunci dan pesan pendukung juga disusun berdasarkan perilaku prioritas untuk mengatasi masalah dan tantangan komunikasi risiko yang mungkin menghambat kelompok sasaran mempraktikkan perilaku yang diinginkan. Pesan kunci dan pesan pendukung berdasarkan perilaku prioritas dapat dilihat pada tabel 3.6.

Tabel 3.6. Pesan Kunci dan Pesan Pendukung Berdasarkan Perilaku Prioritas

PERMASALAHAN PERILAKU KUNCI	PERUBAHAN PERILAKU YANG DIHARAPKAN	TUJUAN KOMUNIKASI SPESIFIK	PENDEKATAN KOMUNIKASI	PESAN
Orang tua mudah terpengaruh hoax dan disinformasi.	Orang tua mencari dan menginformasi informasi terkait Imunisasi dari sumber-sumber terpercaya.	1.2. Meningkatkan keterpaparan orang tua akan informasi akurat dan terpercaya sampai tahun 2025.	Pelibatan Komunitas, Humas, Kampanye Media Massa dan Media Sosial.	<p><u>Pesan Kunci:</u> Cukup percayakan informasi dari sumber yang dapat dipertanggung jawabkan.</p> <p><u>Pesan Pendukung:</u> Sebelum membagikan berita atau informasi apapun mengenai imunisasi, cek dan konfirmasi kebenarannya ke sumber terpercaya (situs-situs resmi, tenaga kesehatan, kader).</p>
Orang tua tidak menganggap bahwa imunisasi penting dan mendesak untuk membangun kekebalan kelompok.	Orang tua mau membawa anak ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan layanan imunisasi.	1.3. Meningkatkan dukungan orang tua terhadap imunisasi sampai tahun 2025.	Pelibatan Komunitas, Mobilisasi Sosial.	<p><u>Pesan Kunci:</u> Imunisasi lengkap tidak hanya bermanfaat untuk melindungi anak kita tetapi juga untuk melindungi masyarakat dari wabah penyakit.</p> <p><u>Pesan Pendukung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Imunisasi BCG melindungi masyarakat dari wabah penyakit TBC. • Imunisasi Polio yang diberikan melalui oral/tetes dan suntikan dapat melindungi masyarakat dari wabah penyakit polio. • Imunisasi DPT melindungi masyarakat dari wabah penyakit difteri, batuk rejan, dan tetanus. • Imunisasi HB melindungi anak dari penyakit hepatitis B (sakit kuning). • Imunisasi Campak-Rubella melindungi masyarakat dari

PERMASALAHAN PERILAKU KUNCI	PERUBAHAN PERILAKU YANG DIHARAPKAN	TUJUAN KOMUNIKASI SPESIFIK	PENDEKATAN KOMUNIKASI	PESAN
				wabah penyakit campak dan rubella. <ul style="list-style-type: none"> Imunisasi HiB melindungi dari penyakit radang selaput otak (meningitis), pneumonia, radang saluran pendengaran atau telinga.
Orang tua meragukan kandungan dan status kehalalan vaksin pada imunisasi.	Orang tua mau membawa anak ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan layanan imunisasi.	1.2. Meningkatkan dukungan orang tua terhadap imunisasi sampai tahun 2025.	Pelibatan Komunitas, Mobilisasi Sosial.	<p>Pesan Kunci: Imunisasi pada situasi darurat direkomendasikan oleh tokoh agama.</p> <p>Pesan Pendukung: Imunisasi merupakan satu-satunya solusi ekonomis di dunia yang dapat menyelamatkan jiwa dari wabah penyakit.</p>

Manajemen Penanganan Hoaks dan Misinformasi Imunisasi

Hoaks dan misinformasi yang muncul secara sengaja maupun tidak, lebih sering berkonotasi negatif. Penyebarannya bisa dari mulut ke mulut, melalui media, atau lewat media sosial. Teknologi telah mengaburkan garis antara berita nyata dan palsu. Hoaks menjadi viral dalam hitungan detik. Hoaks memiliki dampak destruktif dalam keberhasilan program kesehatan termasuk di dalamnya imunisasi. Kanal yang paling banyak ditemukan hoaks yaitu: Facebook, WhatsApp, Youtube, dan TV.

Upaya penanganan hoaks dan misinformasi dilakukan dari hulu ke hilir mulai dari edukasi publik/literasi digital (mengenali, menghentikan, dan melaporkan hoaks), menyiapkan kontra narasi, hingga penegakan hukum. Untuk itu perlu ada sistem/saluran yang dimanfaatkan masyarakat untuk memastikan kebenaran sebuah informasi.

Untuk penanganan persepsi dan manajemen informasi yang salah, dapat dilakukan:

- a. Melakukan edukasi/literasi digital kepada masyarakat untuk mengenali, menghentikan, dan mengadukan hoaks imunisasi.
- b. Membuka saluran komunikasi dua arah untuk layanan informasi dan pengaduan masyarakat melalui *hotline/call center* dan media digital resmi pemerintah sebagai sumber informasi terpercaya.
- c. Mengajak tokoh publik dan komunitas masyarakat untuk membangun jejaring sebagai kelompok anti hoaks untuk melawan hoaks dan menyebarkan berita baik/benar terkait imunisasi.

Mekanisme Edukasi Masyarakat dan Penanganan Hoaks

Dalam upaya edukasi masyarakat dan penanganan hoaks, Kemenkes dibantu oleh Kementerian Komunikasi dan Informatika (Kominfo) dan aliansi pencari fakta (Mafindo, cek fakta, dan tim cek fakta dari media). Sementara untuk penegakkan hukum dilakukan oleh pihak kepolisian.

a. Identifikasi

Mendapatkan aduan dari publik melalui saluran kanal yang sudah tersedia dan mencari sumber hoaks secara manual atau memanfaatkan *tools social media monitoring*.

b. Klarifikasi

Selanjutnya hoaks diklasifikasikan berdasarkan isu dan membuat klasifikasinya/kontra-narasi. Rujukan utama bisa berasal dari Kemenkes, Dinkes, Komnas KIPI, BPOM, WHO, dan UNICEF.

c. Labelisasi

Labelisasi dapat dilakukan oleh kemenkes melalui kanal sosial media dan *whatsapp group*, kominfo (kominfo/inihoaks), mafindo (turnbackhoax.id), dan cek fakta (cekfakta.com).

d. Diseminasi

Terakhir melakukan diseminasi konten yang sudah diberi label melalui website resmi dan sosial media yang dikelola pemerintah.

Saluran Aduan

Saluran aduan pelaporan hoaks dan literasi digital dapat dilakukan multi kanal seperti:

- Aduankonten.id

- Instansi.aduankonten.id
- aduankonten@kominfo.go.id
- WA: 08119224545
- Twitter: @aduankonten
- Instagram: aduankonten.official
- Facebook: aduankontenOfficial
- Layanan.kominfo.go.id
- lapor.go.id
- Instagram: @misslambehoaks
- Telegram: chatbotantihoaks
- s.id/cekhoaks

Inklusifitas Kelompok Rentan

Memastikan bahwa semua individu, termasuk mereka yang memiliki kebutuhan khusus/kelompok rentan mendapatkan akses yang sama dan kesempatan yang setara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berkualitas.

3. Penilaian Kesiapan

Sebelum memulai melaksanakan ORI, dapat dilakukan penilaian kesiapan yang bertujuan untuk menganalisa persiapan ORI dan dukungan yang diperlukan daerah. Penilaian kesiapan ORI dapat menggunakan daftar tilik penilaian kesiapan (*readiness assessment/RA*), berupa ceklist untuk melihat kesiapan dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan puskesmas. Penilaian dilaksanakan secara mandiri (*self-assessment*). Format penilaian kesiapan dapat diunduh pada tautan <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBPD3I>.

The background of the slide is a network diagram consisting of numerous light blue nodes connected by thin lines, forming a complex web of triangles and polygons. The nodes are more densely packed on the left side and become sparser towards the right. The overall color palette is light blue and white.

BAB 4

PELAKSANAAN

In the bottom right corner, there is a decorative geometric pattern made of overlapping, semi-transparent light blue triangles and squares, creating a 3D effect of stacked blocks.

Selama pelaksanaan ORI, pelayanan imunisasi rutin dapat tetap berjalan sesuai dengan jadwal, dapat dilakukan bersamaan atau diberikan dengan interval minimal dua minggu, kecuali untuk vaksin hidup dengan vaksin hidup diberikan interval minimal empat minggu. Puskesmas atau pos pelayanan yang melaksanakan imunisasi harus menyiapkan vaksin dan logistik untuk mendukung pelaksanaan ORI dan imunisasi rutin, apabila dilaksanakan secara bersamaan. Selama pelaksanaan ORI, petugas surveilans dapat melanjutkan penemuan dan pelacakan kasus KLB PD3I.

A. Tempat Pelaksanaan

Kegiatan ORI dapat dilaksanakan di:

- Fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas, puskesmas pembantu polindes/poskesdes, tempat praktik mandiri bidan, dokter praktik swasta, rumah sakit, dan sebagainya),
- Posyandu,
- Satuan pendidikan yaitu PAUD/TK/RA, sekolah dasar/madrasah/ sederajat, dan satuan pendidikan lainnya, termasuk pondok pesantren,
- Tempat ibadah (masjid, gereja, vihara, pura, dan sebagainya),
- Pasar (pasar tradisional, mall, pasar modern, dan sebagainya),
- Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA),
- Lapas/rutan khusus anak,
- Tempat-tempat umum lainnya (stasiun, bandara, terminal bus, dan sebagainya).

B. Penyiapan Vaksin dan Logistik

- *Vaccine Carrier*;
- Vaksin dan pelarut dalam jumlah yang sesuai;
- *Dropper* sesuai dengan jumlah vaksin OPV;
- ADS 0,5 mL dan alat suntik 5 mL;
- *Safety box*;
- Kapas;
- Formulir elektronik laporan KIPI (serius dan non-serius) dapat diunduh melalui <http://bit.ly/formkipi> apabila pelaporan melalui laman web <https://keamananvaksin.kemkes.go.id> sedang terkendala;
- Perlengkapan anafilaktik;
- Kantong limbah medis atau kantong plastik lain yang diberi tanda untuk vial vaksin kosong dan limbah non medis lainnya;
- Logistik PPI termasuk masker dan sarana cuci tangan/*hand sanitizer*.

C. Manajemen Vaksin dan Logistik

1. Penyimpanan vaksin yang digunakan untuk ORI, adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Suhu Penyimpanan Vaksin

Jenis Vaksin	Penyimpanan		
	Provinsi	Kabupaten/ Kota	Puskesmas & Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain
bOPV	-25 s.d -15 °C		2 s.d 8 °C
nOPV2	-25 s.d -15 °C		2 s.d 8 °C
DPT-HB-Hib, DT, Td	2 s.d 8 °C		
Campak Rubela	2 s.d 8 °C		

2. Manajemen vaksin dan logistik dilaksanakan sesuai prosedur, sebagai berikut:
 - a. Sehari sebelum pelayanan
 - Menyiapkan vaksin dan logistik lainnya serta peralatan sesuai dengan jumlah sasaran dan pos layanan.
 - Menyimpan pelarut dalam *refrigerator* sesuai dengan kebutuhan vaksin campak rubela yang akan digunakan.
 - Menempatkan *cool pack* dalam *refrigerator* minimal 12 jam sesuai dengan jenis dan jumlah *vaccine carrier* yang akan digunakan.
 - Menyiapkan *vaccine carrier*, alat pemantau suhu, dan indikator paparan suhu beku.
 - Menyiapkan perlengkapan anafilaktik dan memastikan isinya lengkap dan belum kadaluarsa.
 - b. Saat pelayanan

Saat pelayanan, *vaccine carrier* tidak boleh terpapar sinar matahari langsung. Pastikan *vaccine carrier* dalam keadaan bersih sebelum digunakan. Vaksin yang sudah dibuka atau dilarutkan ditempatkan pada spons atau busa penutup *vaccine carrier*, sedangkan vaksin yang belum dibuka atau dilarutkan tetap disimpan di bagian dalam *vaccine carrier*. Beberapa hal yang perlu dilakukan:

 - Memastikan vaksin yang dibawa sesuai jumlah dan jenisnya.
 - Memastikan vaksin dalam kondisi baik (VVM dalam kondisi A atau B, disimpan pada suhu yang direkomendasikan, label masih ada, dan tidak terendam air).

- Memastikan menggunakan *cool pack*, bukan *ice pack*/es batu/*ice gel*, (khusus nOPV2 harus menggunakan *ice pack*).
 - Memastikan pelarut sesuai dengan jenis vaksin.
 - Untuk vaksin dengan kemasan multi dosis, pastikan mencantumkan tanggal dan waktu pertama kali vaksin dibuka atau dilarutkan.
 - Membawa perlengkapan anafilaktik.
 - Memastikan alat pemantau suhu tersedia di dalam *vaccine carrier*.
 - Memastikan logistik lainnya sesuai dengan kebutuhan.
 - Melakukan pencatatan hasil pelayanan dalam Aplikasi ASIK, serta vaksin dan logistik dalam aplikasi SMILE.
- c. Setelah pelayanan
- Mengembalikan *vaccine carrier* dalam kondisi bersih dan kering ke tempat penyimpanan. Untuk pos imunisasi agar mengembalikan *vaccine carrier* ke puskesmas dan *safety box* yang telah terisi ke tempat penyimpanan limbah sementara.
 - Menyimpan kembali *cool pack* dalam *vaccine refrigerator* untuk pelayanan ORI hari berikutnya.
 - Vaksin sisa dari pos pelayanan luar gedung yang telah dibuka dimasukkan ke dalam kantong limbah untuk dimusnahkan.
 - Vaksin sisa dari pos pelayanan luar gedung yang belum dibuka dengan kondisi baik diberi tanda “K” (Kembali) dan segera disimpan kembali ke dalam *vaccine refrigerator*. Pada hari pelayanan berikutnya, vaksin tersebut harus segera digunakan dengan tetap memperhatikan kondisi VVM dan tanggal kadaluarsa. Vaksin tersebut harus dicatat dan dilaporkan dalam aplikasi SMILE.
 - Vaksin sisa pelayanan di dalam gedung atau di fasilitas pelayanan kesehatan mengikuti ketentuan *Multi-dose Vial Policy* (MDVP).

D. Cara Pemberian Imunisasi

1. Imunisasi diberikan dengan memperhatikan jumlah dosis, cara, dan lokasi pemberian imunisasi sebagai berikut:

Tabel 4.2 Jenis Vaksin, Dosis, Cara dan Lokasi Pemberian Imunisasi

Jenis Vaksin	Dosis	Cara Pemberian	Lokasi Pemberian
bOPV	2 tetes	Tetes	Mulut
nOPV2	2 tetes	Tetes	Mulut
DPT-HB-Hib, DT, Td	0,5 mL	Intramuskular	Paha (usia <18 bulan), Lengan atas (\geq 18 bulan)
Campak Rubela	0,5 mL	Subkutan	Lengan atas

2. Pemberian imunisasi suntik menggunakan alat suntik sekali pakai (*auto disable syringe/ADS* ukuran 0,5 mL), sedangkan untuk melarutkan vaksin menggunakan alat suntik ukuran 5 mL.
3. Pemberian imunisasi tetes menggunakan *dropper* yang dipasang pada vial vaksin. Satu *dropper* untuk satu vial vaksin. Imunisasi tetes diberikan tanpa menyentuh area mulut sasaran.
4. Pemberian imunisasi harus menerapkan prinsip penyuntikan yang aman.

E. Manajemen Limbah

Limbah medis yang dihasilkan dari pelaksanaan ORI termasuk dalam kategori limbah B3 sehingga pengelolaan limbahnya harus mengikuti peraturan yang berlaku. Limbah medis dari kegiatan imunisasi meliputi: spuit dan jarum, sisa vaksin, vial/botol/ampul, swab alkohol, masker, dan sarung tangan.

Tujuan dari pengelolaan limbah medis kegiatan imunisasi meliputi

- Mencegah penularan penyakit dan/atau kecelakaan/cedera;
- Mencegah pencemaran lingkungan;
- Mencegah penyalahgunaan limbah.

Langkah-langkah pengelolaan limbah medis kegiatan imunisasi di fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Menyiapkan kantong plastik kuning atau plastik lain dengan label/logo limbah medis/infeksius, *safety box*, dan tempat sampah tertutup;

2. Masukkan spuit dan jarum ke *safety box* tanpa melakukan penutupan ulang (*recapping*) segera setelah penyuntikan. Bila *safety box* telah terisi $\frac{3}{4}$ (tiga per empat) segera ditutup dan direkatkan dengan lakban agar tidak tercecer dan selanjutnya dipindahkan ke Tempat Penampungan Sementara (TPS);
3. Masukkan limbah berupa botol/ampul/vial vaksin yang sudah dipakai/dibuka, alkohol swab, masker, dan sarung tangan ke dalam plastik kuning atau plastik lain dengan label/logo limbah medis infeksius. Bila kantong plastik kuning sudah terisi $\frac{3}{4}$ segera diikat dengan ikat tunggal dan dipindahkan ke TPS;
4. Pengelolaan limbah medis B3 dilakukan oleh pengelola kesehatan lingkungan sesuai dengan peraturan yang berlaku;
5. Manajemen limbah nOPV2 dapat merujuk pada dokumen Petunjuk Teknis Pelaksanaan Sub Pekan Imunisasi Nasional dalam rangka penanggulangan KLB *Polio Circulating Vaccine Derived PolioVirus Type 2 (CVDPV2)*.

F. Pencatatan dan Pelaporan

1. Pencatatan dan Pelaporan melalui Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK)

Pada penyelenggaraan ORI, petugas kesehatan menggunakan ASIK untuk pencatatan dan monitoring data layanan imunisasi secara tepat waktu (*real time*). ASIK memiliki 2 (dua) bentuk yakni aplikasi android (*ASIK mobile*) dan *dashboard* (*web-based*). *ASIK mobile* digunakan oleh petugas untuk mencatat data imunisasi berbasis individu. ASIK dalam bentuk *web based* adalah platform yang digunakan untuk mengakses *dashboard* yang berisikan data individu layanan imunisasi yang telah diinput oleh petugas puskesmas melalui *ASIK mobile* dan analisis capaian imunisasi.

ASIK dashboard (web-based) juga digunakan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi untuk mengatur fungsi menu ORI pada *ASIK mobile* puskesmas. Petugas puskesmas menggunakan *ASIK mobile* untuk mencatat hasil kegiatan ORI berbasis individu.

Pengaturan fungsi menu ORI pada *ASIK dashboard (web-based)* oleh dinas kesehatan dilakukan dengan langkah-langkah berikut:

- a. Buka menu Program Imunisasi pada *ASIK dashboard (web-based)*;
- b. Pilih menu ORI;
- c. Pilih luas wilayah ORI dengan ketentuan berikut:

- 1) Apabila ORI dilaksanakan dengan luas wilayah provinsi atau kabupaten, maka yang mengatur adalah dinas kesehatan provinsi, dengan memilih:
 - Provinsi, atau;
 - Kabupaten/kota yang menjadi wilayah ORI (dapat dipilih lebih dari satu).
 - 2) Apabila ORI dilaksanakan dengan luas wilayah kecamatan atau kelurahan, maka yang mengatur adalah dinas kesehatan kabupaten/kota, dengan memilih:
 - Kecamatan (dapat dipilih lebih dari satu), atau;
 - Kelurahan/desa (dapat dipilih lebih dari satu).
 - 3) Apabila ORI dilakukan untuk cakupan lebih luas atau kondisi tertentu, pengaturan juga dapat dilakukan oleh Kementerian Kesehatan.
- d. Pilih satu jenis KLB, yaitu:
- Campak Rubela;
 - Difteri;
 - Polio tipe 1 (dapat dipilih dengan tipe 3 sekaligus atau masing-masing);
 - Polio tipe 2;
 - Polio tipe 3.
- *Khusus untuk KLB pertusis dicatat melalui menu imunisasi rutin untuk pencatatan imunisasi kejar
- e. Pilih periode waktu pelaksanaan ORI
- 1) Petugas mengisi periode waktu ORI:
 - Dari : dd-mm-yyyy
 - Sampai : dd-mm-yyyy
 - 2) Untuk beberapa jenis KLB akan diminta mengisi periode waktu untuk masing-masing putaran:
 - Difteri : tiga putaran
 - Polio tipe 1 dan/atau 3 : dua putaran
 - Polio tipe 2 : dua putaran
- f. Pilih kelompok usia sasaran ORI:
- 1) Campak Rubela (mulai 9 bulan)
 - <18 bulan
 - 18 bulan - <5 tahun
 - 5 - <7 tahun
 - 7 - <13 tahun
 - 13 - <16 tahun

2) Difteri (mulai 2 bulan)

- <18 bulan
- 18 bulan - <5 tahun
- 5 - <7 tahun
- 7 - <13 tahun
- 13 - <16 tahun

3) Polio tipe 1 dan/atau 3 (mulai 0 bulan)

- <18 bulan
- 18 bulan - <5 tahun
- 5 - <7 tahun
- 7 - <13 tahun
- 13 - <16 tahun

4) Polio tipe 2 (mulai 0 bulan)

- <18 bulan
- 18 bulan - <5 tahun
- 5 - <7 tahun
- 7 - <13 tahun
- 13 - <16 tahun

g. Pilih puskesmas pelaksana ORI

- Daftar puskesmas akan keluar berdasarkan kewilayahan ORI yang sudah dipilih.
- Pilih satu atau lebih Puskesmas yang akan melaksanakan ORI.

h. Konfirmasi atau atur jumlah sasaran ORI

- Sistem akan otomatis mengeluarkan jumlah sasaran berdasarkan wilayah dan kelompok usia yang dipilih. Data berdasarkan domisili anak.
- Petugas mengonfirmasi atau mengedit jumlah sasaran yang dikeluarkan sistem.
- Angka yang sudah dikonfirmasi atau diedit akan menjadi denominator cakupan ORI.

i. Klik submit untuk mengkonfirmasi seluruh kebutuhan ORI.

j. Setelah semua kebutuhan ORI sudah diatur melalui ASIK *dashboard* (*web-based*), maka menu ORI pada ASIK *mobile* puskesmas pelaksana ORI akan otomatis terbuka.

Setelah petugas dinas kesehatan mengatur menu ORI pada ASIK *dashboard* (*web-based*), puskesmas pelaksana dapat menggunakan ASIK *mobile* untuk mencatat hasil pelayanan ORI pada menu ORI. Menu ORI ASIK *mobile* akan mengeluarkan antigen sesuai dengan pengaturan ORI pada ASIK *dashboard* (*web-based*).

Sebelum pencatatan dilakukan, petugas perlu memastikan kelengkapan data identitas sasaran imunisasi yaitu: NIK anak, nama lengkap, tanggal lahir, jenis kelamin, NIK orang tua, nama orang tua, dan nomor hp orang tua. Penginputan hasil pelayanan imunisasi ORI dapat dilakukan dengan langkah-langkah berikut ini:

- a. Buka Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) Mobile. Pastikan petugas telah memiliki akses sebagai Nakes.
- b. Setelah login, pilih menu “Imunisasi” lalu klik “ORI”.
- c. Masukkan tanggal dan pos imunisasi untuk memulai aktivitas.
- d. Pastikan pos imunisasi sudah terdaftar pada Aplikasi SMILE. Jika pos Imunisasi tidak ditemukan pada ASIK Mobile, maka petugas dapat mengakses tautan berikut ini: <https://link.kemkes.go.id/ASIKKemenkes> untuk informasi dan bantuan.
- e. Setelah muncul “aktivitas berhasil dibuat”, selanjutnya klik tambah imunisasi.
- f. Cari sasaran imunisasi berdasarkan NIK atau nama dan tanggal lahir
- g. Hasil pencarian akan muncul. Jika tidak sesuai, klik “Tambah Baru” untuk melanjutkan pencarian sasaran imunisasi.
- h. Jika sesuai, pilih sasaran imunisasi dengan mengklik nama yang muncul.
- i. Klik “Pilih Imunisasi” untuk memulai pencatatan.
- j. Pilihan imunisasi yang muncul sesuai vaksin yang diberikan untuk pelaksanaan ORI.
- k. Lengkapi data nomor batch vaksin dan klik “Simpan”.
- l. Sistem akan menampilkan ringkasan data imunisasi. Jika ada kesalahan data, klik “Ubah Data”. Jika data sudah sesuai klik “Simpan Data”.
- m. Data berhasil disimpan.

2. Pencatatan dan Pelaporan Vaksin dan Logistik Imunisasi melalui Sistem Monitoring Imunisasi dan Logistik secara Elektronik (SMILE)

- a. Pencatatan dan Pelaporan Menggunakan Aplikasi SMILE

SMILE dapat diakses melalui aplikasi di ponsel dan situs web dengan menggunakan akun yang telah disediakan. Pengguna di tingkat Dinkes Provinsi, Kabupaten/kota, Puskesmas dapat mengunduh aplikasi SMILE di ponsel berbasis Android melalui *Google Play* dan berbasis *iOS* melalui *App Store*. Situs web SMILE hanya dapat diakses oleh pengguna di tingkat dinas kesehatan

provinsi, kabupaten/kota atau pengguna lain sebagai manajer, admin atau super admin melalui tautan <https://imunisasi-logistik.kemkes.go.id/>. Pencatatan dan pelaporan stok vaksin dan logistik untuk kegiatan ORI dapat dilakukan dengan langkah-langkah berikut:

- 1) Melihat stok vaksin dan logistik di SMILE
 - Setelah *log in*, pilih menu “Inventaris”;
 - Pilih submenu “Lihat Stok”;
 - Pilih kegiatan (Rutin, BIAS, BIAN, atau ORI) dalam contoh ini dipilih adalah “ORI”;
 - Klik material vaksin atau material BMHP yang hendak diperiksa, misalnya “DPT-HB-HiB@5ds”;
 - Muncul informasi jumlah stok vaksin dan logistik yang tersedia serta nomor *batch*. Bila nomor *batch* tidak muncul, berarti stok tersebut bukan berasal dari program imunisasi rutin. Untuk memastikan, kembali ke “Lihat Stok” dan klik dari kegiatan lain.

- 2) Melakukan pengeluaran stok vaksin dan logistik di SMILE
 - Setelah *log in*, pilih menu “Inventaris”;
 - Pilih submenu “Pengeluaran”;
 - Pilih pelanggan sesuai tempat kegiatan pelayanan vaksinasi. Jika tempat kegiatan pelayanan vaksinasi tidak terdapat di SMILE, dapat menghubungi nomor help desk yang terdapat pada halaman log in SMILE yaitu “pusat bantuan”;
 - Pilih kegiatan (Rutin, BIAS, BIAN, atau ORI) dalam contoh ini dipilih adalah “ORI”;
 - Pilih jenis material yang sudah digunakan dan akan diperbarui di aplikasi;
 - Klik nomor “*Batch*” yang sesuai dan masukan jumlah pengeluaran dalam satuan dosis;
 - Pilih status kualitas vaksin (VVM), klik “Simpan”;
 - Layar akan kembali ke bagian material, silahkan klik “Ulasan” untuk mengecek kembali apakah kuantitas dan material pengeluaran vaksin dan logistik sudah sesuai;
 - Isi tanggal aktual pengeluaran;
 - Bila data sudah sesuai klik “Kirimkan”.

3) Melakukan pengembalian stok vaksin dan logistik di SMILE

- Setelah *log in*, pilih menu “Inventaris”;
- Pilih submenu “Pengembalian Stok”;
- Pilih kegiatan (Rutin, BIAS, BIAN, atau ORI) dalam contoh ini dipilih adalah “ORI”;
- Pilih Material yang akan dikembalikan ke stok fasilitas pelayanan kesehatan;
- Masukan jumlah (vaksin dan logistik BMHP) yang akan dikembalikan. Klik “Simpan”;
- Layar akan kembali ke bagian material, silahkan klik “Ulasan” untuk mengecek kembali apakah kuantitas dan material pengembalian vaksin dan logistik sudah sesuai;
- Klik “Kirimkan”.

4) Melakukan pembuangan stok vaksin dan logistik di SMILE

- Setelah *log in*, pilih menu “Inventaris”;
- Pilih submenu “Pembuangan”;
- Pilih kegiatan (Rutin, BIAS, BIAN, atau ORI) dalam contoh ini dipilih adalah “ORI”;
- Pilih material yang akan dibuang;
- Pilih “*Batch*” yang akan dibuang;
- Masukan jumlah vaksin dan logistik BMHP yang akan dibuang dan pilih status kualitas vaksin (VVM). Pilih “Alasan Pembuangan” dan klik “Simpan”;
- Klik “Ulasan” untuk memastikan data transaksi sudah benar;
- Bila sudah sesuai klik “Kirimkan”

5) Melihat transaksi di SMILE

- Setelah *log in*, pilih menu “Inventaris”;
- Pilih submenu “Lihat Transaksi”;
- Akan muncul semua transaksi seperti, penerimaan, pengeluaran dan pembuangan termasuk jenis, serta tanggal dan jumlah transaksi dalam berbagai kegiatan.

3. Pencatatan dan Pelaporan Manual (Sebagai *Back-Up*)

Pencatatan dan pelaporan manual tetap dilaksanakan menggunakan format standar dapat diunduh melalui tautan <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBPD3I>.

Waktu pengiriman laporan secara berjenjang sebagai berikut:

- a. Rekapitulasi laporan harian dari puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten/kota paling lambat pukul 16.00 WIB.
- b. Rekapitulasi laporan harian dari dinas kesehatan kabupaten/kota ke Dinas Kesehatan Provinsi paling lambat pukul 17.00 WIB.

Hasil layanan imunisasi ORI juga perlu dicatat pada buku KIA maupun Buku Rapor Kesehatanku pada kolom kosong yang tersedia.

G. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan

Monitoring dan evaluasi dapat dilakukan dalam kegiatan ORI dan bertujuan untuk mengetahui implementasi standar dan prosedur pelayanan pada saat pelaksanaan kegiatan dan hasil capaian kegiatan pelayanan dibandingkan dengan target atau standar yang ditetapkan. Monitoring terhadap pelaksanaan kegiatan dapat meliputi pemantauan cakupan dan penggunaan logistik, supervisi menggunakan Daftar Tilik Supervisi, RCA (*Rapid Convenience Assessment*), serta pertemuan evaluasi.

1. Pemantauan Cakupan dan Penggunaan Logistik

Untuk memantau hasil pencatatan layanan imunisasi, data yang telah diinput dapat dilihat melalui ASIK Website melalui laman <https://sehatindonesiaku.kemkes.go.id/>. Untuk dapat mengakses fitur pada ASIK Website, petugas diharuskan login menggunakan *Username* dan *Password* masing-masing dinas kesehatan atau puskesmas. *Username* yang digunakan adalah kode puskesmas atau kode dinas kesehatan yang berasal dari sistem registrasi puskesmas (Regpus) berupa kombinasi angka.

Dashboard ASIK menyediakan analisa data cakupan imunisasi bagi petugas pengelola program imunisasi di setiap tingkat administrasi dalam rangka memantau kemajuan pencapaian target program. Pada *dashboard*, data imunisasi dari kegiatan ORI terdapat pada menu Analisa Imunisasi Tambahan. *Dashboard* akan menampilkan data capaian berdasarkan jenis vaksin yang diberikan untuk kegiatan ORI. Analisa yang ditampilkan pada menu Analisa Imunisasi Tambahan terdiri dari:

- Grafik persentase capaian imunisasi ORI dan sebaran wilayahnya.

- Grafik tren capaian imunisasi ORI berdasarkan waktu.
- Grafik jumlah capaian pemberian imunisasi ORI berdasarkan jenjang (puskesmas atau kabupaten/kota). Untuk analisa cakupan desa/kelurahan, dapat menggunakan laporan manual.
- Grafik proporsi capaian pemberian imunisasi ORI berdasarkan jenis kelamin.
- Data detail capaian imunisasi ORI berupa tabel yang dapat diunduh.

Untuk dapat mengakses *dashboard*, petugas dapat melakukan langkah-langkah berikut ini:

- a. Masukkan *username*
- b. Masukkan *password*
- c. Masukkan *captcha*
- d. Klik “Masuk”

Indikator cakupan imunisasi yang dipantau dan dianalisa meliputi antara lain:

- a. Kelompok usia;
- b. Jenis kelamin;
- c. Wilayah administratif (desa/kelurahan, puskesmas, dan kabupaten/kota);
- d. Antigen;
- e. Waktu (harian dan mingguan);
- f. Kelengkapan dosis imunisasi;
- g. Perbandingan cakupan ASIK dengan manual;
- h. Surveilans KIPI.

Apabila hasil pemantauan cakupan belum mencapai target di salah satu atau lebih indikator, maka diperlukan upaya tindak lanjut spesifik untuk meningkatkan cakupan pada kategori tersebut.

Tabel 4.3 Contoh Analisa Cakupan ORI

No	Puskesmas	Total Sasaran	Jumlah Diimunisasi (ASIK)	%
1	Anyelir	6,993	2,110	30,2%
2	Tulip	5,052	1,427	28,2%
3	Lili	4,294	1,175	27,4%
4	Anggrek	11,081	3,032	27,4%
5	Kamboja	5,458	1,397	25,5%
6	Melati	5,122	834	16,3%
7	Mawar	3,529	251	7,1%
Kabupaten Bunga		41,555	10,226	24,6%

Indikator logistik yang dipantau dan dianalisis meliputi antara lain:

- a. Vaksin yang dipakai dibandingkan dengan vaksin yang diterima;
- b. Logistik imunisasi yang dipakai dibandingkan dengan yang diterima;
- c. Vaksin yang rusak, kadaluarsa, hilang;
- d. Indeks pemakaian vaksin, dan;
- e. Pengelolaan limbah.

Tabel 4.4 Contoh Analisa Logistik

Kabupaten/Kota	Jumlah vial vaksin terbuka/terpakai	Jumlah vial vaksin rusak	IP	Jumlah dropper terpakai
Anyelir	64	-	55	64
Tulip	20	-	211	24
Lili	49	-	103	36
Anggrek	159	-	67	159
Kamboja	44	-	102	44
Melati	48	-	86	48
Mawar	92	-	96	92
Total	476	-	86	467

Kegiatan pemantauan cakupan dan pemantauan logistik dapat dilakukan untuk memastikan cakupan dan IP vaksin sesuai dengan tabel 3.4 bab III. Pemantauan cakupan dan logistik juga dapat dilakukan dengan membandingkan antara laporan riil dengan laporan elektronik (ASIK atau SMILE).

2. Supervisi

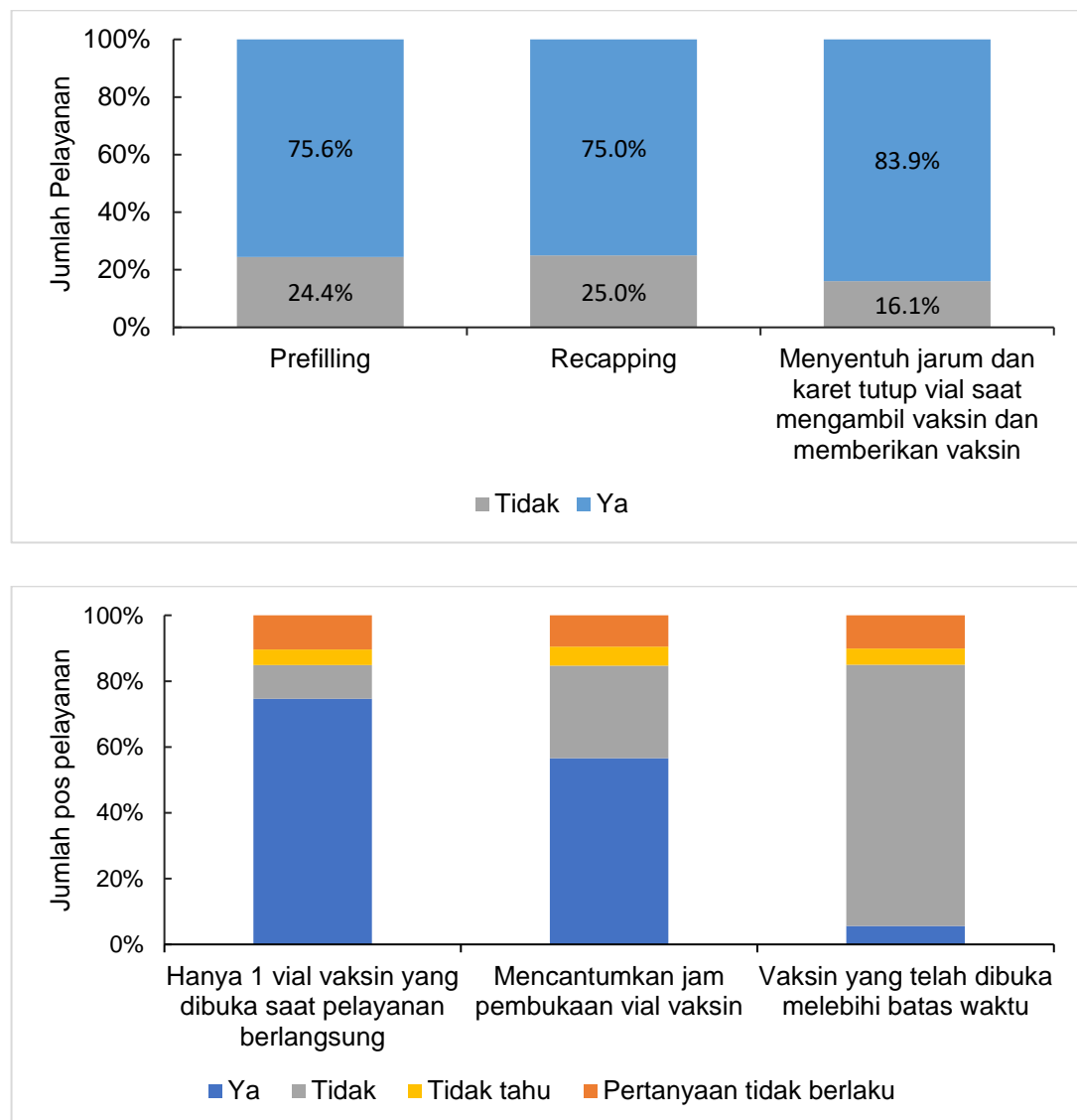
Supervisi saat pelaksanaan ORI dapat dilakukan dengan tujuan untuk mengawasi kualitas pelaksanaan kegiatan, mengidentifikasi kendala, dan memberikan solusi untuk peningkatan kualitas layanan. Kegiatan ini dilakukan secara berjenjang dan kolaboratif. Tim terdiri dari puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, kementerian kesehatan, organisasi profesi, dan mitra pembangunan. Kegiatan supervisi dapat menggunakan daftar tilik (*checklist*) supervisi pelaksanaan yang dapat diunduh pada tautan <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBPD3I>.

Puskesmas maupun fasilitas pelayanan kesehatan yang melaksanakan ORI dapat dilakukan supervisi. Apabila terdapat keterbatasan sumber daya, supervisi dapat dilakukan di puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan terpilih. Pemilihan puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan prioritas dilakukan berdasarkan

kriteria tingkat kesulitan jangkauan (wilayah sulit dan biasa) atau berdasarkan daerah yang berisiko tinggi (daerah kumuh, padat penduduk, daerah sulit secara sosial dan ekonomi, dan lain-lain).

Hasil supervisi direkap, dianalisa, dan disusun pemecahan masalah serta rencana tindak lanjut bersama dengan petugas yang disupervisi. Bila ditemukan pelaksanaan kegiatan yang tidak sesuai prosedur, segera dilakukan tindak lanjut perbaikan misalnya dengan melakukan *on the job training* (OJT) pada petugas. Hasil supervisi dilaporkan ke atasan langsung serta dapat diumpanbalikkan melalui pertemuan khusus (dapat dilakukan secara daring) maupun tertulis.

Gambar 4.1 Contoh Analisa Hasil Supervisi



3. *Rapid Convenience Assessment (RCA)*

RCA adalah suatu survei cepat untuk mencari anak yang belum diimunisasi, serta mengetahui alasan tidak diimunisasi, sekaligus menilai cakupan sudah sesuai dengan yang dilaporkan. Kegiatan RCA dilaksanakan sebagai upaya meningkatkan maupun memvalidasi cakupan. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan masukan secara cepat kepada pelaksana kegiatan (puskesmas, dinas kesehatan) dan sektor terkait (kepala sekolah, dinas pendidikan, dan lain-lain) mengenai:

- Populasi atau area masih terdapat anak-anak yang belum mendapatkan imunisasi;
- Alasan anak belum mendapatkan imunisasi;
- Sumber informasi utama pelaksanaan ORI;
- Validasi cakupan ORI.

Kriteria pemilihan lokasi untuk RCA yang dilakukan saat pelaksanaan ORI adalah daerah dengan cakupan yang rendah. RCA juga dapat dilakukan setelah pelaksanaan ORI atau di lokasi yang cakupannya tinggi dengan tujuan untuk validasi cakupan yang dilakukan pada puskesmas prioritas dengan kriteria:

- Puskesmas yang telah mencapai target cakupan kegiatan ORI.
- Puskesmas yang tidak mencapai target namun menyatakan telah menyelesaikan kegiatan ORI.

Adapun kegiatan RCA dapat dilaksanakan dengan cara berikut ini:

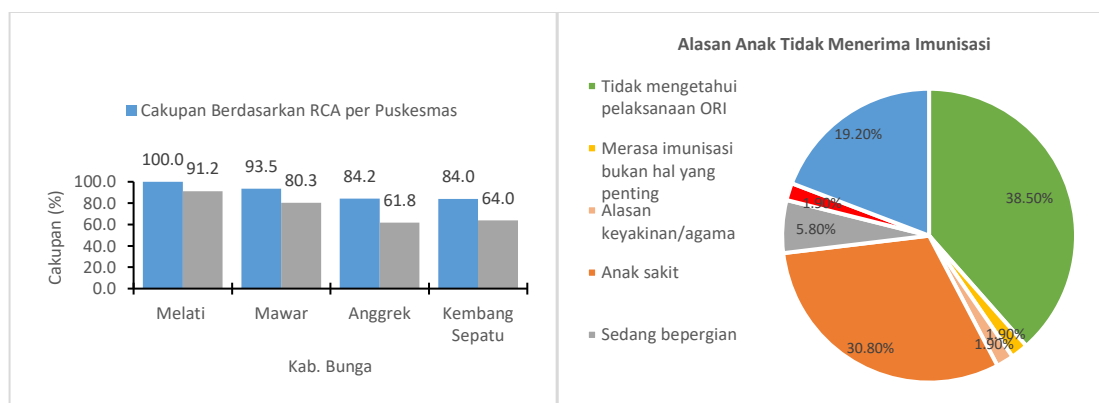
- a. Mengunjungi 20 rumah yang mempunyai sasaran ORI di desa/kelurahan, dengan prioritas pada desa dengan jumlah sasaran yang besar dan atau desa yang sulit dijangkau.
- b. Pada daerah perkotaan, dilakukan di tempat-tempat umum, daerah padat dan kumuh (sekitar pasar, kolong jembatan, dll), dan daerah persinggahan (transit) darat/laut/udara. Untuk daerah seperti ini, maka wawancara dilakukan pada 20 anak dan informasi dilengkapi dengan nama desa/kecamatan/kabupaten/kota anak tersebut berasal.
- c. Penentuan rumah pertama dapat dilakukan secara acak. Rumah berikutnya dipilih menjauh ke arah luar desa/kelurahan.
- d. Penentuan jumlah lokasi RCA:
 - Bila luas wilayah ORI setingkat Kabupaten/Kota, dianjurkan untuk melakukan RCA pada 4 (empat) Puskesmas, dengan masing-masing 2 (dua) desa per puskesmas.

- Bila luas wilayah ORI setingkat kecamatan/wilayah puskesmas, dianjurkan untuk melakukan RCA pada 2 (dua) desa/kelurahan.
- Bila luas wilayah ORI setingkat desa/kelurahan, dianjurkan untuk melakukan RCA minimal di 2 (dua) dusun/RW.

Pencatatan hasil RCA secara manual menggunakan format yang dapat diunduh pada tautan <https://link.kemkes.go.id/multi/Links/lists/ORIKLBDP3I>.

Informasi yang didapat akan dianalisis oleh pengelola imunisasi di setiap tingkatan untuk memberikan umpan balik yang diikuti dengan tindakan pemberian imunisasi sesegera mungkin kepada anak-anak yang belum diimunisasi, pelacakan anak yang tidak atau belum lengkap imunisasinya, perbaikan perencanaan, serta pemilihan media informasi.

Gambar 4.2 Contoh Analisis Hasil RCA



Apabila dalam pelaksanaan RCA ditemukan sasaran yang belum mendapatkan imunisasi maka petugas RCA mencatat identitas anak, nama orang tua, dan alamat tempat tinggal anak. Petugas kemudian mengarahkan orang tua agar anak mendapatkan imunisasi ORI dan imunisasi lainnya sesuai dengan status imunisasinya di puskesmas, posyandu, atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Daftar anak yang belum mendapatkan imunisasi ORI dan status imunisasi lainnya diserahkan oleh petugas pelaksana RCA kepada pihak puskesmas untuk ditindaklanjuti.

4. Pertemuan Evaluasi

Dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi dianjurkan untuk mengadakan pertemuan evaluasi secara luring atau daring dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait. Kegiatan ini bertujuan untuk mengevaluasi rangkaian proses pelaksanaan ORI mulai dari perencanaan, persiapan hingga pelaksanaan yang

meliputi manajemen program dan pembiayaan, sumber daya manusia, komunikasi, suplai vaksin dan logistik, kualitas pelayanan imunisasi, surveilans penyakit dan KIPI, serta monitoring dan penanganan limbah medis.

Tabel 4.5 Contoh Format Pembahasan dan Penyusunan Tindak Lanjut pada Pertemuan Evaluasi ORI

	Perencanaan	Pelaksanaan	Hambatan Pelaksanaan	Tindak Lanjut
Manajemen Program dan Pembiayaan				
Sumber Daya Manusia				
Suplai Vaksin dan Logistik				
Kualitas Pelayanan Imunisasi				
Surveilans Penyakit dan KIPI				
Komunikasi				
Monitoring dan Penanganan Limbah Medis				

Komponen yang dievaluasi pada tabel di atas antara lain:

- a. Manajemen program dan pembiayaan: kegiatan koordinasi, keterlibatan lintas sektor, sumber dan kecukupan pendanaan, serta waktu pelaksanaan.
- b. Sumber daya manusia: ketersediaan dan kualitas, serta pelatihan atau kegiatan peningkatan kapasitas lainnya.
- c. Suplai vaksin dan logistik: ketersediaan dan kualitas, serta manajemen rantai dingin.
- d. Kualitas pelayanan imunisasi: kepuasan orang tua/pengasuh dan keterjangkauan populasi resiko.
- e. Surveilans penyakit dan KIPI: rasio KIPI serius dan non serius, ketepatan waktu investigasi, pelaporan, audit KIPI serius, dan manajemen KIPI.
- f. Komunikasi: kegiatan promosi, advokasi, dan keterlibatan masyarakat.
- g. Monitoring dan penanganan limbah medis: keamanan tempat penyimpanan sementara dan SOP pengelolaan limbah.

Hasil pemantauan cakupan merupakan salah satu dasar pertimbangan dalam pengambilan keputusan untuk menyatakan berakhirnya suatu KLB.

H. Surveilans KIPI

1. Pengertian KIPI

Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) adalah semua kejadian medik yang terjadi setelah imunisasi, menjadi perhatian dan diduga berhubungan dengan imunisasi. Dapat berupa gejala, tanda, hasil pemeriksaan laboratorium, atau penyakit.

Meningkatnya jumlah pemberian imunisasi akan meningkatkan jumlah laporan KIPI. KIPI yang tidak tertangani dengan baik dapat berdampak pada kepercayaan masyarakat terhadap program imunisasi, sehingga dapat menurunkan cakupan imunisasi. Dalam menghadapi hal tersebut penting dilakukan surveilans KIPI untuk mengetahui apakah kejadian tersebut berhubungan dengan pemberian imunisasi atau terjadi secara kebetulan (koinsiden). Surveilans KIPI sangat membantu program imunisasi, khususnya memperkuat keyakinan masyarakat akan pentingnya imunisasi dan keamanan vaksin.

KIPI dikategorikan menjadi dua, yaitu KIPI serius dan non-serius, dengan penjelasan sebagai berikut:

- a. KIPI serius adalah setiap kejadian medik setelah imunisasi yang menyebabkan rawat inap, kecacatan, kematian, tuntutan medikolegal serta yang menimbulkan keresahan di masyarakat. Dilaporkan oleh faskes ke laman web Keamanan Vaksin segera 1x24 jam setiap ada kejadian, dilanjutkan pelacakan/investigasi oleh pengelola program imunisasi di Dinkes Kab/Kota/Provinsi untuk selanjutnya dilakukan telaah kajian kausalitas oleh Pokja/Komda PP–KIPI serta rekomendasi oleh Komnas PP-KIPI. Hasil kajian dan rekomendasi berupa klasifikasi, yaitu reaksi yang berkaitan dengan produk vaksin dan defek kualitas vaksin, kekeliruan prosedur pemberian imunisasi, reaksi kecemasan yang berlebihan (*immunization stress related response/ISRR*), kejadian koinsiden, dugaan hubungan kausal kuat tetapi tidak cukup bukti (*indeterminate*), dan hubungan kausal yang tidak dapat ditentukan penyebabnya (*unclassifiable*).
- b. KIPI non-serius adalah setiap kejadian medik setelah imunisasi dan tidak menimbulkan risiko potensial pada kesehatan si penerima. Dapat sembuh dengan atau tanpa pengobatan. Dilaporkan secara *real-time* melalui laman web Keamanan Vaksin (<https://keamananvaksin.kemkes.go.id>) atau dilakukan rekapitulasi dengan mengunduh formulir pada tautan bit.ly/formkipi, kemudian diunggah ke laman web Keamanan Vaksin pada bulan berikutnya.

2. KIPI yang Mungkin Terjadi dan Antisipasinya

Reaksi umum yang mungkin terjadi setelah imunisasi antara lain:

- a. Reaksi lokal, seperti nyeri, kemerahan, dan bengkak pada tempat suntikan; atau reaksi lokal lain yang berat, misalnya selulitis.
- b. Reaksi sistemik, seperti demam tinggi; nyeri otot seluruh tubuh (myalgia); nyeri sendi (artralgia); badan lemah; atau sakit kepala.
- c. Reaksi lain, seperti urtikaria, oedem; syok anafilaktik; pingsan; sesak nafas; pembesaran kelenjar aksila; muntah; diare; kejang; atau kelemahan/kelumpuhan otot lengan/tungkai.

Tabel 4.6 Reaksi Simping Pasca Imunisasi dan Tatalaksana

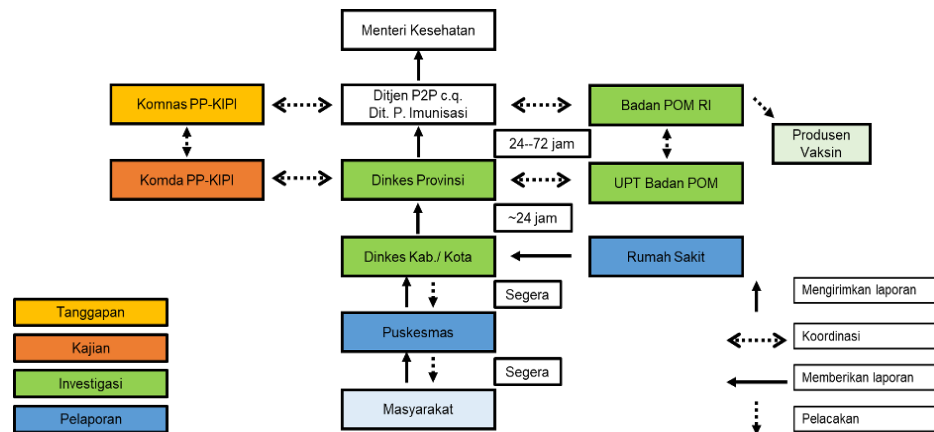
Vaksin	Reaksi Lokal: Nyeri, bengkak, merah	Reaksi Sistemik	
		Demam > 38 C	Rewel, malaise, dll
MR	90 – 95 %	-	-
OPV	Tidak ada	< 1 %	< 1 %
Tetanus/DT/Td	~ 10 %	~10 %	~ 25 %
	Kompres dingin pada lokasi suntikan Berikan parasetamol	Berikan cairan yang cukup Menggunakan pakaian yang sejuk dan nyaman Kompres hangat Berikan parasetamol	Berikan cairan yang cukup

3. Mekanisme Pelaporan dan Pelacakan KIPI

a. Pelaporan KIPI

Pemantauan KIPI dimulai langsung setelah imunisasi. Setelah menerima imunisasi maka anak dianjurkan menunggu di lokasi imunisasi sampai dengan 30 menit untuk dilakukan observasi kemungkinan timbulnya KIPI. Jika tidak ada keluhan/gejala maka anak diperbolehkan pulang dan orang tua/guru diberikan edukasi tata laksana jika anak mengalami KIPI di rumah/sekolah. Puskesmas/fasyankes lainnya dapat menerima laporan KIPI dari masyarakat/orang tua/kader. Apabila ditemukan dugaan KIPI serius maka harus segera direspon, dilaporkan, dan diinvestigasi.

Gambar 4.3 Skema Penemuan dan Pelaporan KIPI Serius



Keterangan:

- 1) Orang tua, guru, kader, masyarakat, atau pihak lain yang mengetahui adanya KIPI melaporkan kepada petugas penanggung jawab surveilans KIPI di fasilitas pelayanan kesehatan (puskesmas/RS/fasyankes swasta).
- 2) Selanjutnya, setiap fasilitas pelayanan kesehatan akan mencatat laporan KIPI serius melalui formulir pelaporan KIPI serius dan segera melaporkan KIPI serius melalui laman web Keamanan Vaksin (<https://keamananvaksin.kemkes.go.id>), secara otomatis dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi akan menerima laporan dari fasilitas pelayanan kesehatan pelapor.
- 3) Dinas kesehatan kabupaten/kota dan/atau dinas kesehatan provinsi segera melakukan investigasi. Investigasi dapat dilakukan bekerja sama dengan UPT Badan POM Provinsi dan Pokja PP KIPI Kabupaten/Kota atau Komda PP KIPI Provinsi (jika diperlukan). Hasil investigasi dilaporkan melalui laman web Keamanan Vaksin, secara otomatis Pokja maupun Komda PP KIPI akan menerima laporan tersebut.
- 4) Kajian KIPI serius oleh Pokja PP KIPI Kabupaten/Kota atau Komda PP KIPI Provinsi dilakukan setelah investigasi selesai. Komnas PP KIPI akan melakukan tanggapan ketika sudah dilakukan kajian oleh Pokja PP KIPI Kabupaten/Kota atau Komda PP KIPI Provinsi.

Laporan KIPI non-serius akan didapatkan oleh puskesmas/fasyankes lainnya dari orang tua/pengantar/guru pada saat pelayanan imunisasi di kunjungan berikutnya setelah pemberian imunisasi. Pada saat skrining sebelum diberikan imunisasi maka petugas fasilitas pelayanan kesehatan wajib menanyakan

riwayat terjadinya KIPI pada anak setelah diberikan imunisasi. Apabila orang tua/pengantar/guru menyatakan bahwa terdapat gejala klinis setelah pemberian imunisasi, tetapi dapat diatasi di rumah/sekolah dan tidak menimbulkan risiko potensial pada kesehatan anak, maka hal tersebut dapat dikategorikan sebagai kasus KIPI non-serius.

Pencatatan dan pelaporan KIPI serius dan non-serius dilakukan melalui laman web keamanan vaksin (<https://keamananvaksin.kemkes.go.id>) oleh petugas surveilans KIPI yang telah ditunjuk oleh fasilitas kesehatan. Tata cara pencatatan dan pelaporan KIPI dapat diakses melalui tautan <https://bit.ly/jukniswebkipi> dan <https://bit.ly/videowebkipi>. Apabila terdapat kendala dalam pelaporan KIPI serius melalui laman web keamanan vaksin, maka untuk sementara dapat dilakukan secara manual menggunakan format standar yang dapat diunduh pada tautan <https://bit.ly/formkipi>. Laporan segera dikirim secara berjenjang kepada Kementerian Kesehatan cq. Direktorat Pengelolaan Imunisasi serta Komnas PP-KIPI melalui email: komnaspkipi@gmail.com. Namun pencatatan dan pelaporan KIPI serius melalui laman web keamanan vaksin tetap harus dilakukan.

b. Pelacakan/Investigasi KIPI

Diperlukan pencatatan dan pelaporan dengan keterangan rinci semua keluhan/gejala yang timbul setelah pemberian imunisasi yang merupakan kegiatan dari surveilans KIPI. Data yang diperoleh untuk menganalisis kasus dan mengambil kesimpulan.

KIPI yang menimbulkan perhatian berlebihan/meresahkan masyarakat atau laporan yang masih membutuhkan kelengkapan data, maka dapat dilakukan investigasi kembali sampai laporan tersebut lengkap. Pelaporan dan pelacakan KIPI serius harus segera dilakukan, sehingga datanya bisa digunakan untuk kajian kausalitas dan diharapkan sebagai tindak lanjut serta rekomendasi. Adapun langkah-langkah pelacakan KIPI sesuai tabel berikut:




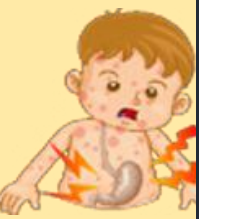
Tabel 4.7 Langkah-Langkah Pelacakan KIPI

Langkah	Tindakan
1. Pastikan informasi pada laporan.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dapatkan catatan medik kasus (atau catatan klinis lain). ▪ Periksa informasi tentang kasus dari catatan medik dan dokumen lain. ▪ Isi setiap kelengkapan yang kurang dari formulir laporan KIPI. ▪ Tentukan informasi dari kasus lain yang dibutuhkan untuk melengkapi pelacakan.
2. Lacak dan kumpulkan data	<p>Tentang kasus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kronologis imunisasi saat ini yang diduga menimbulkan KIPI. ▪ Riwayat medis sebelumnya, termasuk riwayat imunisasi sebelumnya dengan reaksi yang sama atau reaksi alergi yang lain. ▪ Riwayat keluarga dengan kejadian yang sama.
	<p>Tentang kejadian:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kronologis, deskripsi klinis dan setiap hasil laboratorium yang relevan dengan KIPI dan penegakan diagnosis dari kejadian ikutan. ▪ Tindakan yang didapatkan, apakah dirawat inap/jalan dan bagaimana hasilnya.
	<p>Tentang vaksin yang diduga menimbulkan KIPI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuliskan jenis vaksin dan nomor <i>batch</i> vaksin. ▪ Prosedur pengiriman vaksin. ▪ Kondisi penyimpanan. ▪ Keadaan <i>vaccine vial monitor</i> (VVM). ▪ Catatan suhu pada lemari es (<i>vaccine refrigerator</i>).
3. Menilai pelayanan dengan menanyakan tentang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyimpanan vaksin (termasuk vial/ampul vaksin yang telah dibuka), distribusi, dan pembuangan limbah. ▪ Penggunaan ADS. ▪ Pelatihan praktik imunisasi, supervisi, dan pelaksana imunisasi.
4. Mengamati pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apakah pelayanan imunisasi dilakukan dalam jumlah lebih banyak dari yang direncanakan. ▪ Bagaimana penyimpanan vaksin dalam <i>vaccine carrier</i>. ▪ Prosedur imunisasi (penyimpanan vaksin, teknik penyuntikan, <i>safety injection</i>, pembuangan limbah).
5. Rumuskan klasifikasi lapangan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kemungkinan penyebab kejadian tersebut. ▪ Lakukan uji sterilitas dan toksisitas vaksin (bila ada permintaan dari Komda/Komnas PP-KIPI berdasarkan hasil kajian kausalitas).
6. Membuat kesimpulan pelacakan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lengkapi formulir investigasi KIPI. ▪ Buat kesimpulan penyebab KIPI. ▪ Lakukan tindakan koreksi dan rekomendasikan tindakan lebih lanjut.

4. Penanganan Anafilaksis

Reaksi anafilaktik adalah reaksi hipersensitivitas sistemik yang berat, terjadi dengan cepat (umumnya 5–30 menit sesudah pemberian imunisasi), serius, dan dapat menyebabkan kematian. Reaksi anafilaktik menjadi risiko pada setiap pemberian vaksinasi, obat, makanan dan lainnya, dan merupakan KIPi serius yang harus mendapat penanganan segera. Jika reaksi tersebut cukup hebat dapat menimbulkan syok yang disebut sebagai syok anafilaktik. Syok anafilaktik membutuhkan pertolongan cepat dan tepat. Tata laksana mulai dari penegakan diagnosis sampai pada terapi dilakukan di tempat kejadian, dan setelah tanda-tanda vital dari kasus stabil baru dipertimbangkan untuk dirujuk ke rumah sakit terdekat. Setiap petugas pelaksana imunisasi harus sudah kompeten dalam mengenali dan menangani reaksi anafilaktik. Gambaran atau gejala klinik suatu reaksi anafilaktik berbeda-beda sesuai dengan berat atau ringannya reaksi antigen-antibodi atau tingkat sensitivitas seseorang. Namun pada tingkat yang berat berupa syok anafilaktik, gejala yang menonjol adalah gangguan sirkulasi dan gangguan respirasi yang dapat dilihat pada gambar di bawah ini.








Gambar 4.4 Gejala dan Tanda Syok Anafilaksis

<p>Kriteria A. Satu gejala muncul tiba-tiba dalam menit sampai jam melibatkan kulit jaringan mukosa atau keduanya (Mis: bercak merah diseluruh tubuh terasa gatal dan panas bibir lidah dan uvula bengkak)</p>			
<p>Ditambah sedikitnya satu dari keadaan berikut:</p>			
<p>Gejala pada pernafasan (Mis: sesak nafas, mengi, batuk, stridor, hipoksemia)</p>		<p>Tekanan darah menurun mendadak atau timbulnya gejala disfungsi organ seperti hipotonia (kolaps), inkontinensia</p>	
<p>ATAU kriteria B. Dua atau lebih dari keadaan berikut yang muncul mendadak setelah pajanan alergen atau pemicu lainnya</p>			
			

Gejala muncul tiba-tiba dalam hitungan menit sampai jam, melibatkan kulit, jaringan mukosa, atau keduanya (Misal: bercak merah di seluruh tubuh, terasa gatal dan panas, serta bibir, lidah, dan uvula bengkak)	Gejala pada pernapasan (Misal: sesak nafas dan batuk hipoksemia)	Tekanan darah menurun mendadak atau timbulnya gejala disfungsi organ seperti hypotonia kolep Inkontinensia	Gejala pencernaan yang timbul mendadak (Misal: nyeri perut sampai kram muntah)
ATAU kriteria C. Tekanan darah berkurang setelah pajanan alergen yang diketahui untuk pasien (dalam hitungan menit sampai jam).			
Tekanan darah sistolik rendah pada anak-anak sesuai dengan spesifik usia atau pengurangan tekanan darah sistolik yang lebih besar dari 30%.			
<p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebagai contoh: imunologi namun independen IgE atau non imunologi (aktivasi sel mast langsung). • Sebagai contoh: setelah sengatan serangga berkurangnya tekanan darah dapat menjadi satu-satunya manifestasi anafilaksis atau setelah imunoterapi alergen bercak merah gatal diseluruh tubuh dapat menjadi manifestasi awal satu-satunya dari anafilaksis. • Tekanan darah sistolik rendah pada anak diartikan sebagai tekanan darah yang kurang dari 70 mmHG + (2 kali usia) untuk 1 -10 tahun; dan kurang dari 90 mmHg untuk usia 11 -17 tahun. • Frekuensi denyut jantung normal bervariasi dari 70-115 kali/menit usia lebih dari 3 tahun. Pada anak kelainan pernafasan lebih umum terjadi daripada hipotensi, syok lebih sering bermanifestasi takikardia dari hipotensi. 			

Penatalaksanaan terhadap syok anafilaksis harus dilakukan dengan tepat dan cepat. Untuk itu, dalam setiap pelayanan harus disediakan perlengkapan anafilaktik yang lengkap, stetoskop, tensimeter (dengan ukuran bayi dan anak), dan oxymeter. Isi dari perlengkapan anafilaktik (perhatian pula masa kadaluarsa setiap perlengkapan) terdiri dari: **epinefrin ampul 1: 1000, spuit 1 ml, infus set, larutan infus (NaCl 0.9% atau Dekstrose 5%), dan tabung oksigen.**

Gambar 4.5 Langkah-langkah dalam Penanganan Syok Anafilaktik (Simon, dkk, 2015)

<ul style="list-style-type: none"> • Miliki protokol gawat darurat tertulis untuk mengenal anafilaksis beserta tatalaksananya dan latih secara rutin. • Sedapat mungkin, jauhkan anak dari paparan faktor pemicu, yang kemungkinan menjadi pemicu gejala. • Nilai jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi (<i>airway, breathing, circulation</i>), status mental, kulit, dan berat badan. • Pada saat yang sama, panggil bantuan tim resusitasi (jika kejadian di rumah sakit) atau tim medis gawat darurat (jika kejadian di luar rumah sakit/komunitas). 	
<ul style="list-style-type: none"> • Posisikan anak terlentang atau setengah berbaring dalam posisi yang nyaman. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Beri injeksi epinefrin (adrenalin) secara intramuskular pada regio tengah paha bagian depan dengan dosis 0,01 mg/kg larutan 1:1000 (1 mg/ml), maksimum 0,3 mg. Catat waktu pemberian dan dosis, ulangi 5 –15 menit kemudian bila diperlukan. Kebanyakan pasien akan menunjukkan respon setelah 1–2 dosis. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Bila diperlukan, berikan oksigen dengan kecepatan tinggi (8-10 L/menit) dengan masker khusus anak. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Buat akses intravena menggunakan jarum dan mulai pemberian resusitasi cairan dengan larutan NaCl 0,9% NaCl dengan dosis 10-20 ml/kg selama 5–10 menit. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pantau tekanan darah, denyut dan fungsi jantung, status pernafasan, serta kadar oksigen sesering mungkin dalam interval yang teratur. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Bila diperlukan, lakukan resusitasi jantung paru dengan kompresi dada 100 kali per menit kedalaman 4-5 cm secara kontinu dan berikan napas buatan dengan kecepatan 15–20 kali/menit. 	

The background of the slide features a network diagram composed of numerous light blue nodes connected by thin lines, creating a complex web-like structure. The nodes are scattered across the upper and middle portions of the slide, with a higher density on the left side. The overall aesthetic is clean and modern, typical of a professional presentation.

BAB 5

PASCA PELAKSANAAN

A. Evaluasi

Evaluasi pasca pelaksanaan ORI dapat dilakukan untuk menilai efektivitas respon imunisasi terhadap penurunan insiden kasus PD3I yang dilaksanakan melalui penilaian respon KLB secara komprehensif bersama tim surveilans dengan menggunakan data primer maupun data sekunder. Kegiatan ini dilaksanakan oleh kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas, akademisi, dan organisasi profesi.

B. Penguatan Imunisasi Rutin

Penguatan imunisasi rutin selama dan pasca pelaksanaan ORI dibutuhkan untuk mempertahankan kekebalan komunitas dan mencegah terjadinya KLB PD3I pada waktu mendatang. Strategi penguatan imunisasi rutin dapat dilakukan sesuai dengan pedoman maupun petunjuk teknis yang berlaku melalui upaya-upaya sebagai berikut:

1. Pelacakan dan Imunisasi Kejar

Untuk mencegah meningkatnya kembali jumlah kantong imunisasi karena banyaknya anak yang tidak diimunisasi atau belum lengkap imunisasinya, maka penting bagi petugas imunisasi puskesmas untuk melakukan kegiatan *defaulter tracking* atau pelacakan dan pendataan anak usia 0-59 bulan yang tidak atau belum lengkap imunisasi dasar dan badutanya. Setelah itu, dilakukan kegiatan imunisasi kejar untuk melengkapinya.

2. Monitoring dan Evaluasi

Petugas imunisasi baik puskesmas maupun kabupaten/kota terdampak, secara rutin melakukan monitoring dan evaluasi cakupan imunisasinya per antigen dan *drop out* yang terjadi untuk memastikan bahwa cakupan imunisasi di wilayahnya sesuai target yang ditetapkan pada bulan berjalan, misalnya melalui Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Imunisasi Rutin. Hasil dari monitoring dan evaluasi ini disampaikan pada rapat rutin program di masing-masing tingkatan, untuk mendapatkan masukan dari pimpinan atau program lainnya. Selain itu, monitoring dan evaluasi juga dilakukan melalui kegiatan supervisi suportif, asistensi teknis, dan DQS (*Data Quality Self Assessment*). Melalui kegiatan monitoring evaluasi yang dilakukan secara rutin, maka dapat dilakukan pemetaan hambatan, tantangan, dan solusi yang telah dan akan dilakukan.

Tabel 5.1 Penguatan Imunisasi Rutin

	Pelacakan dan Melakukan Imunisasi Kejar	Monitoring dan Evaluasi	Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan	Komitmen pemerintah daerah dan kemitraan	Pelibatan dan penggerakan masyarakat
Waktu	Segera pasca ORI				
Kegiatan	Default tracking/ pelacakan, kunjungan rumah ke rumah, dan imunisasi kejar.	Monitoring Dashboard ASIK Imunisasi Rutin.	Pelatihan terakreditasi, lokakarya, <i>on the job training</i> , supervisi suportif sampai ke tingkat desa/kelurahan, dan bimbingan teknis.	Surat dukungan penguatan, pembentukan kelompok kerja lintas sektor disertai pertemuan rutin, advokasi dan sosial mobilisasi, dan penggalangan dukungan pihak swasta atau mitra.	Pelacakan anak di posyandu dan PAUD - <i>My Village My Home</i> (MVMH), optimalisasi peran kader, edukasi sederhana tentang imunisasi dan PD3I, serta menggerakan masyarakat.
Pelaksana	Puskesmas	Dinkes Kab/Kota dan Dinkes Provinsi.	Dinkes Kab/Kota dan Dinkes Provinsi.	Dinkes Kab/Kota dan Dinkes Provinsi.	Puskesmas, Dinkes Kab/Kota, dan Dinkes Provinsi.

C. Penguatan Surveilans

Meningkatkan kinerja surveilans PD3I dengan mengacu pada pedoman maupun petunjuk teknis yang berlaku, agar dicapai kinerja surveilans PD3I yang sesuai dengan target yang telah ditetapkan serta berkualitas, melalui upaya-upaya sebagai berikut:

1. Melibatkan seluruh fasilitas layanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, dan klinik-klinik/balai kesehatan swasta/mandiri untuk terlibat aktif dalam kegiatan surveilans yaitu dengan segera melaporkan kasus-kasus yang berpotensi KLB kepada dinas kesehatan setempat;
2. Meningkatkan sensitivitas penemuan kasus PD3I melalui surveilans aktif dan review register di semua fasyankes, serta melibatkan fasyankes swasta, lintas program, dan lintas sektor dalam penemuan kasus PD3I;
3. Melakukan advokasi, sosialisasi, dan koordinasi jejaring surveilans untuk pencegahan dan penanggulangan KLB PD3I kepada pemerintah daerah, lintas program, dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi;
4. Meningkatkan kelengkapan, ketepatan, dan respon alert pelaporan; serta meningkatkan sensitivitas penemuan kasus sesuai dengan Definisi Operasional SKDR;

5. Membuat pemetaan risiko dan kajian data cakupan imunisasi dan surveilans PD3I, kemudian melaporkannya kepada pimpinan serta melakukan diseminasi hasil kajian kepada lintas program dan lintas sektor terkait;
6. Meningkatkan kapasitas Tim Gerak Cepat (TGC) di semua tingkatan dalam respon cepat maupun penyelidikan epidemiologi setiap peningkatan kasus dan KLB PD3I, serta melakukan kajian ilmiah hasil investigasi KLB;
7. Melaksanakan respon cepat dan penanggulangan peningkatan kasus dan KLB PD3I bekerja sama dengan pusat, provinsi, dan kabupaten/kota di wilayah masing-masing;
8. Memastikan ketersediaan sumber daya manusia serta sumber daya operasional, termasuk logistik surveilans untuk penanggulangan peningkatan kasus dan KLB PD3I dengan berkoordinasi bersama lintas sektor dan lintas program lainnya;
9. Memastikan ketersediaan anggaran (melalui dana APBN dekonsentrasi/DAK, APBD, atau sumber dana lainnya) untuk pelaksanaan surveilans PD3I seperti untuk kegiatan peningkatan kapasitas, pelaksanaan penyelidikan epidemiologi, pengiriman dan pemeriksaan spesimen, serta untuk kegiatan lain yang mendukung upaya surveilans;
10. Meningkatkan penggunaan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi kepada tenaga kesehatan dan masyarakat mengenai bahaya PD3I, pentingnya penemuan dan pelaporan kasus suspek PD3I serta pentingnya pengambilan spesimen pada setiap kasus suspek PD3I. Media KIE untuk edukasi tersebut dapat diakses melalui tautan <https://bit.ly/SurvPD3I>;
11. Mendorong kesadaran masyarakat untuk menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
12. Semua kasus PD3I yang ditemukan segera dilaporkan secara berjenjang kepada Ditjen P2P Kementerian Kesehatan c.q. Direktorat Pengelolaan Imunisasi dan *Public Health Emergency Operation Center* (PHEOC) melalui email epidataino@gmail.com ditembuskan ke survpd3i.kipi@gmail.com dan poskoklb@yahoo.com.

The background of the slide features a network diagram composed of numerous light blue nodes connected by thin lines, creating a complex web of connections. The nodes are represented by small circles and triangles, and the lines are thin and light blue. The overall effect is a sense of interconnectedness and data flow. The text is overlaid on this background.

BAB 6

PENUTUP

The bottom right corner of the slide features a geometric pattern of overlapping, semi-transparent light blue shapes. These shapes are primarily triangles and quadrilaterals, arranged in a way that creates a sense of depth and movement. The colors range from very light blue to a slightly darker shade, giving the pattern a three-dimensional appearance.

Dengan ditetapkannya Petunjuk Teknis Penyelenggaraan *Outbreak Response Immunization* (ORI) Dalam Rangka Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit-penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (KLB PD3I) ini, diharapkan dapat memberi acuan kepada petugas dan tim terkait agar ORI dapat segera dilaksanakan setelah kriteria KLB terpenuhi sesuai periode waktu yang direkomendasikan serta sesuai prosedur yang ditetapkan. Kegiatan ORI yang berkualitas dan mencapai cakupan yang tinggi dan merata akan memutus transmisi PD3I sehingga KLB dapat dihentikan.

Jakarta, 27 Februari 2024
Direktur Jenderal Pencegahan
dan Pengendalian Penyakit

DR. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

DAFTAR PUSTAKA

1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 949/MENKES/SK/VIII/2004 Tahun 2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB).
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1501 /MENKES/PER/X/2010 Tahun 2010 tentang jenis penyakit yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangannya.
3. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 81 Tahun 2013 tentang Tata Cara Pengelolaan Dana Darurat.
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 tahun 2014 tentang Penanggulangan Penyakit Menular.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 559).
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 88).
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156).
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 461).
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di Bidang Non Infrastruktur Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 68).
11. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 62 Tahun 2023 tentang Perencanaan, Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, serta Akuntansi dan Pelaporan Keuangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 472).
12. Kementerian Kesehatan. 2023. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Sub Pekan Imunisasi Nasional dalam rangka penanggulangan KLB *Polio Circulating Vaccine Derived PolioVirus Type 2 (CVDPV2)*.
13. Kementerian Kesehatan. 2023. Petunjuk Teknis Surveilans Campak-Rubela.

14. Kementerian Kesehatan. 2023. Petunjuk Teknis Surveilans Difteri.
15. Kementerian Kesehatan. 2023. Petunjuk Teknis Surveilans *Acute Flaccid Paralysis* (AFP).
16. Kementerian Kesehatan. 2021. Petunjuk Teknis Surveilans Pertusis.
17. Simon, FER, & Sampson, HA. *Anaphylaxis: Unique aspects of clinical diagnosis and management in infants (birth to age 2 years)*. *J Allergy Clin Immunol* 2015(135):1125-31.
18. *World Health Organization*. 2016. *Planning and implementing high-quality supplementary immunization activities for injectable vaccines using an example of measles and rubella vaccines: field guide*.
19. *World Allergy Organization*. 2020. (diterjemahkan dan disesuaikan oleh Divisi Alergi Immunologi Klinik, Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM).
20. *Polio vaccines: WHO position paper – June 2022*. *Weekly Epidemiological Record*, 2022. vol. 97, 25.
21. *Rubella vaccines: WHO position paper – July 2020*. *Weekly Epidemiological Record*, 2020. vol. 95, 27.
22. *Measles vaccines: WHO position paper – April 2017*. *Weekly Epidemiological Record*, 2017. vol. 92, 17.
23. *Diphtheria vaccines: WHO position paper – August 2017*. *Weekly Epidemiological Record*, 2017. vol. 92, 31.
24. *Pertussis vaccines: WHO position paper – August 2015*. *Weekly Epidemiological Record*, 2015. vol. 90, 35.

ISBN 978-623-301-441-0



9 786233 014410