

Fungsi Manajemen Program dan Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap: Tinjauan Literatur

Program Management Functions and Complete Basic Immunization Coverage: A Literature Review

Hengki Frengki Manullang^{1*}, Syafrina Ulfah², Fitri Handayani³

¹Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua, Jalan Sudirman No. 38, Deli Serdang 20512, Indonesia

^{2,3}Universitas Sumatera Utara, Jalan Universitas No. 21, Medan 20155, Indonesia.

Email: hengkifrengki16@gmail.com

Abstrak

Cakupan imunisasi dasar lengkap pada anak tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu dan keluarga, tetapi juga oleh kualitas pengelolaan program imunisasi. Tinjauan literatur ini bertujuan menganalisis peran fungsi manajemen program dalam pencapaian cakupan imunisasi dasar lengkap. Penelusuran dilakukan terhadap artikel terbitan 2015–2025 melalui PubMed, Scopus, ScienceDirect, dan Google Scholar. Sebanyak 11 artikel yang memenuhi kriteria dianalisis secara naratif dan tematik. Temuan dikelompokkan ke dalam empat fungsi utama, yaitu perencanaan; pengorganisasian dan koordinasi; pelaksanaan atau pergerakan sumber daya; serta pengawasan, monitoring, dan evaluasi. Hasil tinjauan menunjukkan bahwa perencanaan berbasis data, microplanning, koordinasi lintas aktor, peningkatan kapasitas petugas, dukungan logistik, supervisi suportif, pemanfaatan data, serta pelacakan anak dropout berkaitan dengan perbaikan kinerja program dan peningkatan berbagai indikator cakupan imunisasi. Namun, besarnya perubahan berbeda antarwilayah dan tidak seluruh penelitian memungkinkan penarikan kesimpulan kausal. Penguatan fungsi manajemen sebagai satu siklus yang terintegrasi dan adaptif terhadap konteks lokal diperlukan untuk mendukung peningkatan dan pemerataan cakupan imunisasi dasar lengkap.

Kata kunci: Fungsi manajemen; imunisasi dasar lengkap; cakupan imunisasi.

Abstract

Complete basic immunization coverage among children is influenced not only by individual and family factors but also by the quality of immunization program management. This literature review aims to analyze the role of program management functions in achieving complete basic immunization coverage. A search was conducted for articles published between 2015 and 2025 using PubMed, Scopus, ScienceDirect, and Google Scholar. A total of 11 articles that met the criteria were analyzed narratively and thematically. The findings were grouped into four main functions: planning; organizing and coordinating; implementation or mobilization of resources; and supervision, monitoring, and evaluation. The review results indicate that data-driven planning, microplanning, cross-actor coordination, capacity building for health workers, logistical support, supportive supervision, data utilization, and tracking of children who have dropped out are associated with improved program performance and increases in various immunization coverage indicators. However, the magnitude of these changes varies across regions, and not all studies allow for causal conclusions. Strengthening management functions as an integrated and adaptive cycle tailored to the local context is necessary to support the improvement and equitable distribution of complete basic immunization coverage.

Keywords: Management functions; complete primary immunization; immunization coverage.

*Corresponding Author: Hengki Frengki Manullang Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua, Deli Serdang Indonesia

E-mail : hengkifrengki16@gmail.com

Doi : 10.35451/jkg.v9i1.3999

Received : September 23, 2025. Accepted: Oktober 22, 2025. Published: Oktober 30, 2026

Copyright (c) 2026 Hengki Frengki Manullang Creative Commons License This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

1. PENDAHULUAN

Imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang efektif dalam mencegah kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) serta berkontribusi terhadap kekebalan kelompok [1]. Oleh karena itu, cakupan imunisasi yang tinggi dan merata menjadi indikator penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Di Indonesia, anak diharapkan memperoleh imunisasi dasar lengkap sesuai usia dan jadwal yang ditetapkan, dengan target nasional minimal 95% [2].

Namun, pencapaian imunisasi dasar lengkap masih menghadapi berbagai tantangan. SKI 2023 menunjukkan bahwa hanya 35,8% anak usia 12–23 bulan memperoleh imunisasi dasar lengkap sesuai petunjuk teknis terbaru, dengan kesenjangan antarwilayah dari 73,5% di Bali hingga 3,9% di Aceh [3]. Survei Cakupan Imunisasi Indonesia 2025 juga menunjukkan bahwa 56,4% anak usia 12–23 bulan telah memperoleh imunisasi lengkap [4]. Rendahnya cakupan sering dikaitkan dengan faktor individu dan keluarga, seperti pengetahuan dan pendidikan ibu, persepsi terhadap vaksin, akses geografis, kondisi sosial ekonomi, serta pemanfaatan pelayanan kesehatan [5]. Namun, pencapaian cakupan juga dipengaruhi oleh kemampuan sistem kesehatan dalam mengelola program imunisasi [6–8].

Pengelolaan program mencakup perencanaan, pengorganisasian sumber daya dan pembagian peran, pelaksanaan pelayanan, serta monitoring dan evaluasi [9]. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa penguatan fungsi-fungsi tersebut berkaitan dengan perbaikan kinerja imunisasi. Manyazewal dkk. [10] menunjukkan bahwa penguatan perencanaan, SDM, pelayanan, logistik, koordinasi, serta monitoring dan evaluasi di Ethiopia diikuti peningkatan cakupan beberapa antigen. Mashako *Plan* di Republik Demokratik Kongo juga mengintegrasikan koordinasi, penyediaan vaksin, pelayanan, supervisi, serta monitoring dan evaluasi untuk memperbaiki kinerja program [11]. Sementara itu, *geo-enabled microplans* membantu memperkuat perencanaan dan penjangkauan sasaran [12], sedangkan audit data dan pelacakan anak yang tidak melanjutkan imunisasi menunjukkan potensi peningkatan cakupan [13].

Meskipun demikian, bukti mengenai manajemen program masih tersebar dalam berbagai terminologi, seperti *microplanning*, koordinasi, pengelolaan sumber daya, *service delivery*, *supportive supervision*, *data use*, serta monitoring dan evaluasi [6,7]. Komponen tersebut juga sering dikaji secara terpisah atau sebagai bagian dari penguatan sistem kesehatan, sehingga gambaran mengenai peran fungsi manajemen secara keseluruhan dalam pencapaian cakupan imunisasi dasar lengkap belum terintegrasi dengan baik. Berdasarkan hal tersebut, tinjauan literatur ini bertujuan menganalisis peran fungsi manajemen program dalam pencapaian cakupan imunisasi dasar lengkap, meliputi perencanaan; pengorganisasian dan koordinasi; pelaksanaan atau penggerakan sumber daya; serta pengawasan, monitoring, dan evaluasi.

2. METODE

Artikel ini menggunakan metode tinjauan literatur (*literature review*) untuk mengidentifikasi dan menganalisis hasil penelitian mengenai fungsi manajemen program yang berkaitan dengan pencapaian cakupan imunisasi dasar lengkap pada anak. Penelusuran literatur dilakukan terhadap artikel ilmiah yang diterbitkan pada periode 2015–2025 melalui beberapa sumber penelusuran, yaitu PubMed, Scopus, ScienceDirect, dan Google Scholar.

Penelusuran difokuskan pada artikel yang membahas fungsi manajemen program, pengelolaan program imunisasi, imunisasi rutin pada anak, serta pencapaian cakupan imunisasi. Istilah pencarian yang digunakan disesuaikan dengan topik kajian, antara lain *immunization program management*, *routine immunization*, *immunization coverage*, *full immunization coverage*, *planning*, *microplanning*, *coordination*, *program implementation*, *supportive supervision*, serta *monitoring and evaluation*.

Kriteria inklusi dalam tinjauan ini meliputi: (1) artikel penelitian empiris primer, termasuk studi evaluasi implementasi program; (2) artikel yang membahas imunisasi dasar pada anak atau program imunisasi rutin anak; (3) penelitian yang mengkaji sekurang-kurangnya satu aspek manajemen program, seperti perencanaan, pengorganisasian atau koordinasi, pelaksanaan program, pengelolaan sumber daya, supervisi, monitoring, evaluasi, atau pemanfaatan data; (4) penelitian yang melaporkan cakupan imunisasi lengkap (*full/complete immunization coverage*) atau indikator pendukung kinerja program, seperti cakupan antigen tertentu dan *dropout*

rate sebagai salah satu hasil penelitian; (5) artikel yang diterbitkan pada jurnal internasional terindeks Scopus dengan kategori kuartil Q1–Q4; serta (6) artikel tersedia dalam teks lengkap dan berbahasa Indonesia atau Inggris. Istilah *full/complete immunization coverage* dalam artikel ini mengacu pada kelengkapan imunisasi anak sesuai jadwal imunisasi nasional pada masing-masing negara penelitian. Meskipun komposisi vaksin dapat berbeda antarnegara, indikator tersebut digunakan sebagai *outcome* yang secara konseptual menggambarkan kelengkapan imunisasi dasar pada anak, sedangkan cakupan antigen tertentu dan *dropout rate* digunakan sebagai indikator pendukung kinerja program.

Artikel dikeluarkan apabila berupa artikel tinjauan, editorial, komentar, surat kepada editor, prosiding, laporan nonjurnal, penelitian yang hanya membahas faktor individu atau keluarga, imunisasi dewasa, vaksinasi COVID-19, atau program yang tidak berkaitan dengan imunisasi rutin anak. Artikel yang ditemukan diseleksi berdasarkan judul dan abstrak, dilanjutkan telaah teks lengkap. Data yang diekstraksi meliputi penulis dan tahun, lokasi penelitian, desain, sampel atau unit analisis, aspek manajemen, indikator cakupan, dan hasil utama. Artikel yang memenuhi kriteria dianalisis secara naratif dan tematik.

Sintesis temuan dilakukan dengan mengelompokkan aspek manajemen program ke dalam empat fungsi utama, yaitu perencanaan; pengorganisasian dan koordinasi; pelaksanaan atau penggerakan sumber daya; serta pengawasan, monitoring, dan evaluasi. Istilah yang digunakan dalam masing-masing penelitian tidak harus secara eksplisit menggunakan terminologi fungsi manajemen. Istilah seperti *microplanning* dan penetapan sasaran dikelompokkan dalam fungsi perencanaan; koordinasi, pembagian peran, dan kemitraan dalam fungsi pengorganisasian; pelayanan, mobilisasi sumber daya, pengelolaan logistik, pelatihan, dan motivasi petugas dalam fungsi pelaksanaan; sedangkan *supportive supervision*, pemantauan cakupan, evaluasi, audit data, serta pemanfaatan data untuk pengambilan keputusan dikelompokkan dalam fungsi pengawasan, monitoring, dan evaluasi. Hasil sintesis digunakan untuk menggambarkan fungsi manajemen yang mendukung maupun menghambat pencapaian cakupan imunisasi dasar lengkap serta indikator pendukung kinerja program imunisasi.

3. HASIL

Berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan, sebanyak 11 artikel digunakan dalam sintesis tinjauan literatur. Penelitian berasal dari berbagai konteks negara, yaitu Ethiopia, Republik Demokratik Kongo, Uganda, India, Brasil, Nigeria, Senegal, serta studi lintas distrik di Ethiopia, Kamerun, dan Ghana. Desain penelitian cukup beragam, meliputi studi kuasi-eksperimental, studi implementasi, *mixed methods*, evaluasi program, survei, serta studi kasus komparatif. Variasi tersebut memungkinkan fungsi manajemen program ditelaah pada tingkat fasilitas kesehatan, distrik, provinsi, hingga program imunisasi di berbagai level sistem kesehatan.

Aspek manajemen yang ditemukan dalam berbagai penelitian tidak selalu dinyatakan menggunakan terminologi fungsi manajemen secara langsung. Namun, substansinya dapat dikelompokkan menjadi empat fungsi utama, yaitu perencanaan; pengorganisasian dan koordinasi; pelaksanaan atau penggerakan sumber daya; serta pengawasan, monitoring, dan evaluasi. Indikator hasil yang digunakan juga bervariasi, mulai dari *full/complete immunization coverage*, cakupan dosis ketiga vaksin pentavalen (Penta3), cakupan dosis ketiga vaksin difteri-tetanus-pertusis (DTP3), BCG, campak atau *measles-rubella*, PCV, OPV, cakupan dosis pertama pentavalen (Penta1), indikator *zero-dose*, hingga angka *dropout*. Indikator *full/complete immunization coverage* menggambarkan kelengkapan imunisasi sesuai jadwal nasional pada masing-masing negara, sedangkan cakupan antigen tertentu dan *dropout* digunakan sebagai indikator pendukung kinerja program. Hasil ekstraksi artikel disajikan pada Tabel 1.

Secara keseluruhan, hasil tinjauan literatur menunjukkan bahwa tidak terdapat satu fungsi manajemen yang berdiri sendiri sebagai penentu keberhasilan program imunisasi. Cakupan yang lebih baik cenderung ditemukan ketika perencanaan didukung oleh data yang memadai, struktur koordinasi yang berjalan, sumber daya dapat digerakkan untuk memberikan pelayanan, dan hasil pelaksanaan yang secara rutin ditinjau melalui supervisi serta monitoring. Sebaliknya, kelemahan pada salah satu komponen dapat menghambat keberhasilan komponen lainnya. Temuan tersebut terlihat konsisten pada penelitian yang menggunakan pendekatan intervensi maupun evaluasi program.

4. PEMBAHASAN

Perencanaan Program dan Cakupan Imunisasi

Perencanaan menentukan bagaimana sumber daya diarahkan untuk menjangkau sasaran imunisasi melalui identifikasi sasaran, pemetaan wilayah bercakupan rendah, penetapan prioritas, penjangkauan, dan perhitungan kebutuhan sumber daya. Manyazewal dkk. [10] menunjukkan bahwa perbaikan perencanaan yang dilakukan sebagai bagian dari paket *continuous quality improvement* bersama penguatan SDM, pelayanan, logistik, koordinasi, serta monitoring dan evaluasi selama 12 bulan di Ethiopia, diikuti peningkatan cakupan beberapa antigen. Hal ini menegaskan bahwa perencanaan perlu terhubung dengan fungsi manajemen lainnya.

Microplanning memungkinkan perencanaan disesuaikan dengan kondisi lokal dan kelompok yang belum terjangkau [14]. Ngo-Bebe dkk. [12] memperlihatkan bahwa *geo-enabled microplans* membantu memperbaiki batas wilayah pelayanan, estimasi populasi sasaran, strategi penjangkauan, dan identifikasi anak *zero-dose*, serta berhubungan dengan peningkatan cakupan BCG, OPV0, dan Penta1 di Haut-Lomami. Perencanaan juga tergantung pada kualitas data. Nigatu dkk. [15] menemukan keterbatasan data cakupan dan *dropout*, sedangkan Osterman dkk. [16] menekankan pentingnya pemanfaatan data dalam pengambilan keputusan. Ratna dkk. [17] juga menempatkan kualitas data, tata kelola, *review*, kapasitas petugas, pelayanan, dan logistik dalam *roadmap* peningkatan cakupan. Dengan demikian, perencanaan perlu berbasis data yang akurat dan diperbarui agar strategi dapat diarahkan pada wilayah dan kelompok yang paling membutuhkan.

Pengorganisasian dan Koordinasi Program Imunisasi

Program imunisasi melibatkan berbagai aktor dan level organisasi sehingga fungsi pengorganisasian tidak dapat dipisahkan dari koordinasi. LaFond dkk. [7] menunjukkan bahwa distrik dengan peningkatan cakupan tidak selalu memiliki sumber daya yang lebih besar, tetapi lebih ditandai oleh petugas yang berorientasi pada masyarakat, kemitraan dengan komunitas, *review* kinerja secara rutin, penyesuaian pelayanan dengan kebutuhan lokal, komitmen politik dan sosial, serta dukungan mitra. Temuan serupa terlihat pada Mashako *Plan* di Republik Demokratik Kongo, yang mengintegrasikan koordinasi pemerintah dan mitra, pelayanan, ketersediaan vaksin, supervisi, serta monitoring secara *real-time* dan mencapai *full immunization coverage* sebesar 56,4% [11]. Dougherty dkk. [18] juga menunjukkan bahwa kemitraan formal di enam negara bagian Nigeria memperkuat koordinasi, akuntabilitas, kapasitas program, dan pembiayaan, meskipun peningkatan cakupan berbeda antarwilayah. Di Senegal, Sakas dkk. [19] menekankan peran komitmen politik, kolaborasi pemerintah dan mitra, keterlibatan masyarakat, penggunaan data, serta pemetaan wilayah dalam mendukung pelayanan imunisasi. Secara keseluruhan, fungsi pengorganisasian perlu memastikan pembagian peran, alokasi sumber daya, sasaran, dan mekanisme koordinasi yang jelas agar kegiatan tidak tumpang tindih, pelayanan penjangkauan dapat terlaksana, dan anak yang belum lengkap imunisasinya dapat ditindaklanjuti.

Pelaksanaan dan Penggerakan Sumber Daya

Pelaksanaan merupakan tahap ketika rencana program diterjemahkan menjadi pelayanan yang diterima masyarakat. Hasil tinjauan menunjukkan bahwa kapasitas petugas dan dukungan organisasi merupakan komponen penting dalam proses tersebut. Amare dkk. [20] menunjukkan bahwa paket *capacity building*, mentoring, dan supervisi selama enam bulan, yang juga memperkuat strategi *Reaching Every District* (RED), rantai dingin, serta keterampilan praktis petugas, meningkatkan cakupan Penta3 sebesar 17,4% dan *complete vaccination coverage* sebesar 16,6%. Manyazewal dkk. [10] juga memperlihatkan bahwa penguatan SDM, pelayanan, logistik, dokumentasi, dan koordinasi secara bersamaan diikuti peningkatan signifikan beberapa antigen, meskipun peningkatan *full vaccination* dari 56,2% menjadi 74,2% tidak signifikan secara statistik. Pelaksanaan juga dipengaruhi oleh motivasi petugas, kualitas pencatatan, kontinuitas pelayanan, dan dukungan logistik. Prakash dkk. [21] menemukan bahwa wilayah dengan *dropout* tinggi cenderung memiliki pencatatan yang kurang lengkap, supervisi yang kurang mendukung, dan motivasi petugas yang lebih rendah. Pemantauan jadwal oleh ASHA dan mobilisasi keluarga menjadi penting agar anak menyelesaikan seluruh rangkaian imunisasi, karena ketersediaan vaksin saja belum menjamin kelengkapan imunisasi. Nigatu dkk. [15] juga menemukan gangguan pasokan vaksin, masalah rantai dingin, dan tingginya turnover tenaga kesehatan sebagai hambatan pelaksanaan. Dengan demikian, keberhasilan fungsi pelaksanaan memerlukan kombinasi kompetensi petugas, dukungan organisasi, ketersediaan logistik, dan kesinambungan pelayanan agar rencana program dapat dilaksanakan secara efektif.

Tabel 1. Hasil Ekstraksi Artikel

No.	Penulis, Tahun	Negara/Lokasi	Desain	Sampel/Unit Analisis	Aspek Manajemen Utama	Indikator Cakupan	Temuan Utama
1	Manyazewal dkk., 2018	Ethiopia	Kuasi-eksperimental, <i>interrupted time series</i>	781 unit pelayanan kesehatan pemerintah: 556 fasilitas kesehatan, 196 kantor kesehatan distrik, dan 29 kantor kesehatan tingkat zona.	SDM, perencanaan, pelayanan, logistik, dokumentasi, koordinasi, monitoring dan evaluasi.	Penta3, BCG, campak, PCV, Imunisasi lengkap	CQI meningkatkan cakupan Penta3 (63,6% ke 79,3%), BCG (62,4% ke 73,5%), PCV (65,3% ke 81,0%), dan campak (62,5% ke 72,8%) secara signifikan. Imunisasi lengkap meningkat dari 56,2% menjadi 74,2%, tetapi tidak signifikan.
2	Lame dkk., 2023	Republik Demokratik Kongo	Evaluasi implementasi program	Program imunisasi rutin di 9 provinsi pelaksana <i>Mashako Plan</i> ; cakupan dinilai pada anak usia 12–23 bulan.	Koordinasi, pelayanan, ketersediaan vaksin, supervisi, monitoring dan evaluasi.	Imunisasi lengkap, Penta3/DTP3	Setelah pelaksanaan <i>Mashako Plan</i> , cakupan imunisasi lengkap mencapai 56,4% dan cakupan Penta3/DTP3 mencapai 71,1% di 9 provinsi intervensi utama.
3	Prakash dkk., 2025	Uttar Pradesh, India	Survei kuantitatif berbasis komunitas	10.591 ibu/pengasuh anak usia 0-15 bulan dan 479 <i>Accredited Social Health Activist</i> (ASHA) di 444 desa perdesaan.	Supervisi, pencatatan, motivasi petugas, dukungan sistem.	Semua imunisasi dasar, <i>dropout</i>	Sebanyak 67,8% anak menerima seluruh imunisasi dasar. Wilayah dengan <i>dropout</i> tinggi memiliki pencatatan oleh ASHA, yaitu kader kesehatan masyarakat di India yang kurang lengkap, supervisi suportif yang lebih rendah, dan motivasi petugas yang lebih rendah.
4	Bakkabulindi dkk., 2023	Uganda	Studi implementasi dengan kelompok intervensi dan kontrol	5 fasilitas kesehatan (3 fasilitas intervensi dan 2 kontrol); dilengkapi wawancara dengan pengelola program dan kader kesehatan masyarakat.	Audit data, perencanaan berbasis data, pelacakan <i>defaulter</i> , tindakan korektif.	BCG, MR, Rota2, DTP3, OPV3,	Sebanyak 68% anak <i>dropout</i> memperoleh imunisasi kembali. Intervensi meningkatkan cakupan BCG sebesar 35,1%, sedangkan fasilitas intervensi memiliki cakupan DTP3 17,9% lebih tinggi dibanding fasilitas kontrol.
5	Amare dkk., 2021	Ethiopia	Kuasi-eksperimental	90 tenaga kesehatan dari 30 fasilitas kesehatan (15 fasilitas intervensi dan 15 kontrol).	<i>Capacity building</i> , mentoring, supervisi suportif.	Penta3, imunisasi lengkap	Paket <i>capacity building</i> dan pendampingan meningkatkan cakupan Penta3 sebesar 17,4% dan imunisasi lengkap sebesar 16,6%,

No.	Penulis, Tahun	Negara/Lokasi	Desain	Sampel/Unit Analisis	Aspek Manajemen Utama	Indikator Cakupan	Temuan Utama
							serta menurunkan <i>dropout</i> Pentavalen sebesar 2,6%.
6	LaFond dkk., 2015	Ethiopia, Kamerun, Ghana	Studi komparatif distrik	kasus 12 distrik di Ethiopia, Kamerun, dan Ghana; lebih dari 300 wawancara pada tingkat nasional, regional/zonal, distrik, fasilitas kesehatan, dan komunitas.	Kapasitas manajerial lokal, adaptasi strategi, implementasi, keterlibatan masyarakat.	DTP3/Penta3	Distrik yang mengalami peningkatan cakupan DTP3/Penta3 rata-rata sekitar 15% menunjukkan enam faktor penggerak utama (<i>drivers</i>), yaitu 4 <i>direct drivers</i> (kader berpusat pada masyarakat, kemitraan kesehatan-masyarakat, evaluasi kinerja suportif, dan penyesuaian layanan lokal) serta 2 <i>enabling drivers</i> (komitmen politik/sosial dan dukungan mitra) yang membangun rasa saling percaya dan kepemimpinan adaptif di tingkat kabupaten.
7	Dougherty dkk., 2024	Enam negara bagian Nigeria	Evaluasi <i>mixed methods</i>	163 fasilitas kesehatan dan 1.093 tenaga kesehatan, pemangku kepentingan program, tokoh masyarakat, dan peserta program di 6 negara bagian.	Koordinasi, akuntabilitas, pembiayaan, supervisi, logistik, monitoring dan evaluasi.	Penta 3	Penguatan kemitraan multisektor dan sistem manajemen diikuti peningkatan Penta 3 di seluruh lokasi, tetapi besarnya peningkatan berbeda antarwilayah.
8	Nigatu dkk., 2024	Ethiopia	<i>Mixed methods</i>	69 pusat kesehatan di 14 woreda/distrik serta 9 informan kunci dari pengelola <i>Expanded Programme on Immunization</i> (EPI) tingkat woreda/distrik.	Perencanaan, data, logistik, penyediaan pelayanan.	Imunisasi lengkap, <i>dropout</i>	Sebanyak 66,4% anak tercatat telah mendapat imunisasi lengkap. Rendahnya kualitas data, gangguan pasokan vaksin, kerusakan rantai dingin, keterlambatan pasokan vaksin, serta tingginya <i>turnover</i> tenaga kesehatan.
9	Ngo-Bebe dkk., 2025	Republik Demokratik Kongo	<i>Mixed methods</i> dengan komponen kuantitatif kuasi-eksperimental	113 fasilitas kesehatan pada 98 <i>Health Areas</i> di 15 <i>Health Zones</i> dalam 3 provinsi; juga mencakup	<i>Georeferenced microplanning</i> , penggunaan data geospasial,	Cakupan berbagai antigen, <i>zero-dose</i> , dan	Penggunaan <i>geo-enabled microplans</i> berhubungan dengan peningkatan cakupan imunisasi di Haut-Lomami: BCG 9,9% ke

No.	Penulis, Tahun	Negara/Lokasi	Desain	Sampel/Unit Analisis	Aspek Manajemen Utama	Indikator Cakupan	Temuan Utama
				anak usia 12–23 bulan.	perencanaan dan pelaksanaan pelayanan.	<i>dropout</i> Penta	94,0%, OPV0 8,6% ke 93,9%, dan Penta1 9,9% ke 93,6%. penggunaan <i>geo-enabled microplans</i> juga memperbaiki perencanaan dan penjangkauan sasaran imunisasi.
10	Ratna dkk., 2024	Bihar, India	Kajian sistem imunisasi melalui <i>desk review</i> , wawancara pemangku kepentingan, dan kunjungan lapangan	86 informan yang mewakili tingkat negara bagian, distrik, dan blok, termasuk pengelola imunisasi, mitra pembangunan, tenaga kesehatan, dan <i>caregiver</i> .	Perencanaan strategis, tata kelola, mekanisme review, SDM, supervisi, pelayanan, logistik, sistem data.	Cakupan imunisasi lengkap	Untuk meningkatkan cakupan imunisasi lengkap dari sekitar 71% menuju target 90%, intervensi yang diprioritaskan meliputi peningkatan kualitas dan ketersediaan data, penguatan tata kelola dan mekanisme review, peningkatan kapasitas petugas, penguatan pelayanan, serta strategi peningkatan permintaan imunisasi.
11	Sakas 2023	Senegal	Studi kasus dengan wawancara, FGD, dan triangulasi data kuantitatif	Pemangku kepentingan dan masyarakat pada tingkat nasional, regional, distrik, fasilitas kesehatan, dan komunitas; 62 wawancara informan kunci dan 19 FGD di tiga wilayah Senegal.	Kepemimpinan, prioritas sumber daya, koordinasi dan kemitraan, monitoring dan evaluasi, pengambilan keputusan berbasis bukti.	DTP1 dan DTP3 / cakupan imunisasi rutin	Cakupan DTP3 meningkat dari 52% menjadi 93% pada 2000–2019. Faktor pendukung meliputi komitmen politik dan prioritas sumber daya, kolaborasi pemerintah dan mitra, penguatan surveilans serta monitoring dan evaluasi, pengambilan keputusan berbasis data, dan keterlibatan masyarakat.

Pengawasan, Monitoring, Evaluasi, dan Pemanfaatan Data

Pengawasan, monitoring, evaluasi, dan pemanfaatan data merupakan aspek yang muncul berulang dalam berbagai artikel yang ditinjau. Bakkabulindi dkk. [13] menunjukkan bahwa audit data bulanan yang diikuti identifikasi dan pelacakan anak *dropout* berhasil mengembalikan 68% anak ke pelayanan imunisasi. Intervensi juga meningkatkan cakupan BCG sebesar 35,1%, sedangkan cakupan DTP3 pada fasilitas intervensi 17,9% lebih tinggi dibanding fasilitas kontrol, meskipun hasilnya tidak konsisten pada seluruh antigen. Temuan ini menunjukkan bahwa monitoring lebih bermanfaat ketika data digunakan untuk mengidentifikasi masalah dan menentukan tindakan korektif. Sakas dkk. [19] juga menekankan pentingnya surveilans, monitoring dan evaluasi, serta penggunaan informasi dalam pengambilan keputusan. Supervisi pun sebaiknya tidak terbatas pada pemeriksaan administratif. Prakash dkk. [21] menemukan bahwa lemahnya supervisi berkaitan dengan masalah *dropout*, sedangkan Amare dkk. [20] menunjukkan hasil yang lebih baik ketika supervisi dipadukan dengan mentoring dan peningkatan kapasitas. Temuan ini sejalan dengan kajian Oyo-Ita dkk. [22] yang menempatkan *supportive supervision* sebagai salah satu strategi penguatan pelayanan imunisasi.

Kualitas data juga menentukan ketepatan monitoring dan pengambilan keputusan. Nigatu dkk. [15] menemukan keterbatasan data cakupan dan *dropout*, sementara Ngo-Bebe dkk. [12] menunjukkan bahwa data geospasial membantu memperbaiki estimasi sasaran dan identifikasi anak *zero-dose*. Bakkabulindi dkk. [13] juga memperlihatkan data komunitas untuk memperkirakan sasaran pada wilayah sulit dijangkau. Kajian Harrison dkk. [23] menunjukkan bahwa masalah kualitas data imunisasi berkaitan dengan sistem informasi, kapasitas petugas, supervisi, dan mekanisme umpan balik. Oleh karena itu, fungsi pengawasan perlu mencakup verifikasi kualitas sekaligus pemanfaatan data untuk perbaikan program.

Keterkaitan Antar-Fungsi Manajemen dalam Pencapaian Cakupan Imunisas

Sintesis menunjukkan bahwa fungsi manajemen program imunisasi dapat dipahami sebagai satu siklus yang saling berkaitan. Manyazewal dkk. [10] menggambarkan pola tersebut melalui pendekatan *Plan-Do-Check-Act*, sedangkan Mashako *Plan* mengintegrasikan koordinasi, pelayanan, ketersediaan vaksin, supervisi, dan monitoring [11]. Ratna dkk. [17] juga menempatkan tata kelola, data, kapasitas petugas, pelayanan, logistik, dan peningkatan permintaan dalam satu *roadmap* untuk meningkatkan cakupan. Pendekatan sistem yang menghubungkan kepemimpinan dan manajemen, tenaga kesehatan, data, logistik, serta pelayanan juga ditekankan dalam penguatan program imunisasi [24,25].

Ketersediaan sumber daya saja belum menjamin peningkatan cakupan. Seperti yang ditemukan LaFond dkk. [7], di mana sumber daya bukanlah faktor utama yang membedakan distrik yang mengalami peningkatan cakupan dengan yang stagnan; kemampuan memanfaatkan sumber daya dan menyesuaikan strategi terhadap masalah lokal juga berperan. Namun, karena desain, indikator cakupan, serta konteks sistem kesehatan antarpemerintahan beragam, temuan ini perlu ditafsirkan secara hati-hati dan tidak menunjukkan besarnya pengaruh masing-masing fungsi secara terpisah.

Implikasi bagi Pengelolaan Program Imunisasi

Hasil tinjauan ini menunjukkan bahwa pengelolaan program imunisasi perlu diperkuat melalui perencanaan berbasis data, pembagian peran dan koordinasi yang jelas, peningkatan kapasitas petugas yang disertai mentoring dan supervisi, serta monitoring yang digunakan untuk pengambilan tindakan. Data cakupan perlu dimanfaatkan untuk mengidentifikasi wilayah berisiko rendah, anak yang belum lengkap atau mengalami *dropout*, menentukan strategi penjangkauan, serta menetapkan kebutuhan logistik dan tindak lanjut.

Dalam konteks Indonesia, pendekatan tersebut relevan untuk dipertimbangkan pada tingkat puskesmas dan kabupaten/kota dengan menyesuaikannya terhadap sistem pelayanan dan program imunisasi nasional. Pengelola program perlu secara rutin membandingkan sasaran dan capaian, menelusuri penyebab ketidaklengkapan imunisasi, serta menetapkan tindak lanjut dengan melibatkan kader dan jejaring pelayanan. Dengan demikian, pengelolaan imunisasi perlu dipandang sebagai satu siklus terintegrasi antara perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, serta monitoring dan evaluasi agar pelayanan dapat menjangkau sasaran secara lebih merata dan

berkelanjutan.

5. KESIMPULAN

Tinjauan literatur ini menunjukkan bahwa capaian cakupan imunisasi dasar lengkap berkaitan dengan pengelolaan program yang terintegrasi, meliputi perencanaan berbasis data, pengorganisasian dan koordinasi, pelaksanaan atau pergerakan sumber daya, serta pengawasan, monitoring, dan evaluasi. Pendekatan seperti *microplanning*, penguatan koordinasi, peningkatan kapasitas petugas, *supportive supervision*, pemanfaatan data, dan pelacakan anak *dropout* dapat mendukung peningkatan cakupan, meskipun hasilnya berbeda sesuai kondisi sistem kesehatan, sumber daya, kualitas data, serta konteks sosial dan geografis. Dalam konteks Indonesia, penguatan kapasitas pengelola program, pemanfaatan data secara aktif, dan supervisi berorientasi pemecahan masalah relevan untuk dipertimbangkan pada tingkat puskesmas dan kabupaten/kota. Penelitian selanjutnya perlu menilai beberapa fungsi manajemen secara bersamaan dengan cakupan imunisasi dasar lengkap sebagai *outcome* utama, khususnya dalam konteks Indonesia. Desain longitudinal, kuasi-eksperimental, atau evaluasi implementasi diperlukan untuk memperkuat bukti mengenai hubungan antara kualitas pengelolaan program dan pencapaian cakupan imunisasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam proses penyusunan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] GBD 2023 Vaccine Coverage Collaborators. Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet* 2025;406:235–60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)01037-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01037-2).
- [2] Kementerian Kesehatan RI. 95 persen anak harus dapat imunisasi, cek yuk 3 jenis antigen baru 2024.
- [3] Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Hasil utama Survei Kesehatan Indonesia 2023. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2024.
- [4] World Health Organization. Memperkuat bukti dan strategi imunisasi di Indonesia 2026.
- [5] Phillips DE, Dieleman JL, Lim SS, Shearer J. Determinants of effective vaccine coverage in low and middle-income countries: A systematic review and interpretive synthesis. *BMC Health Serv Res* 2017;17:681. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2626-0>.
- [6] Jain M, Duvendack M, Shisler S, Parsekar SS, Anda Leon MD. Effective interventions for improving routine childhood immunisation in low and middle-income countries: A systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* 2024;14:e074370. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074370>.
- [7] LaFond A, Kanagat N, Steinglass R, Fields R, Sequeira J, Mookherji S. Drivers of routine immunization coverage improvement in Africa: Findings from district-level case studies. *Health Policy Plan* 2015;30:298–308. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu011>.
- [8] Patel C, Rendell N, Sargent GM, Ali A, Morgan C, Fields R, dkk. Measuring national immunization system performance: A systematic assessment of available resources. *Glob Heal Sci Pract* 2023;11:e220055. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-22-00555>.
- [9] Marzouk M, Omar M, Sirison K, Ananthakrishnan A, Durrance-Bagale A, Pheerapanyawaranun C, dkk. Monitoring and evaluation of national vaccination implementation: A scoping review of how frameworks and indicators are used in the public health literature. *Vaccines* 2022;10:567. <https://doi.org/10.3390/vaccines10040567>.
- [10] Manyazewal T, Mekonnen A, Demelew T, Mengestu S, Abdu Y, Mammo D, dkk. Improving immunization capacity in Ethiopia through continuous quality improvement interventions: A prospective quasi-experimental study. *Infect Dis Poverty* 2018;7:119. <https://doi.org/10.1186/s40249-018-0502-8>.
- [11] Lame P, Milabyo A, Tangney S, Mbaka GO, Luhata C, Le Gargasson J-B, dkk. A successful national and multipartner approach to increase immunization coverage: The Democratic Republic of Congo Mashako Plan 2018–2020. *Glob Heal Sci Pract* 2023;11:e2200326. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-22-00326>.
- [12] Ngo-Bebe D, Mechael P, Kwilu FN, Bukele TK, Langwana F, Lobukulu GL, dkk. Assessing the use of geospatial data for immunization program implementation and associated effects on coverage and equity in the Democratic Republic of Congo. *BMC Public Health* 2025;25:311. <https://doi.org/10.1186/s12889->

- 025-21578-x.
- [13] Bakkabulindi P, Ampeire I, Ayebale L, Mubiri P, Feletto M, Muhumuza S. Engagement of community health workers to improve immunization coverage through addressing inequities and enhancing data quality and use is a feasible and effective approach: An implementation study in Uganda. *PLoS One* 2023;18:e0292053. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292053>.
 - [14] Salisbury N, Hossain I, Oskouipour P, Hong A, Ebeling E, Shearer JC, dkk. Routine immunization microplanning challenges and opportunities in low- and middle-income countries: A mixed-method landscape analysis. *Vaccines* 2024;12:1370. <https://doi.org/10.3390/vaccines12121370>.
 - [15] Nigatu T, Abraham L, Willems H, Tilaye M, Tiruneh F, Gebru F, dkk. The status of immunization program and challenges in Ethiopia: A mixed method study. *SAGE Open Med* 2024;12:20503121241237116. <https://doi.org/10.1177/20503121241237116>.
 - [16] Osterman AL, Shearer JC, Salisbury NA. A realist systematic review of evidence from low- and middle-income countries of interventions to improve immunization data use. *BMC Health Serv Res* 2021;21:672. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06633-8>.
 - [17] Ratna M, Singh SK, Sinha NK, Kannure M, Bhatia M, Aggarwal MK, dkk. Developing a roadmap to reach and sustain 90% full immunization coverage through a cross-sectoral system strengthening strategy in Bihar, India. *BMC Health Serv Res* 2024;24:933. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11380-7>.
 - [18] Dougherty L, Adediran M, Akinola A, Alabi M, Etim E-O, Ohioghome J, dkk. An evaluation of a multi-partner approach to increase routine immunization coverage in six northern Nigerian States. *BMC Health Serv Res* 2024;24:951. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11403-3>.
 - [19] Sakas Z, Hester KA, Rodriguez K, Diatta SA, Ellis AS, Gueye DM, dkk. Critical success factors for high routine immunization performance: A case study of Senegal. *Vaccine X* 2023;14:100296. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2023.100296>.
 - [20] Amare AT, Toni AT, Mekonnen ZA, Endehabtu BF, Tilahun BC. Effectiveness and feasibility of using local medical universities for capacity building to improve the immunization program in Ethiopia: Quasi-experimental study. *J Multidiscip Healthc* 2021;14:9–19. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S285280>.
 - [21] Prakash R, Kumar P, Dehury B, Thacker D, Shoemaker E, Manjappa RB, dkk. Preventing vaccine drop-outs: Geographic and system-level barriers to full immunization coverage among children in Uttar Pradesh, India. *Vaccine X* 2025;23:100613. <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2025.100613>.
 - [22] Oyo-Ita A, Oduwole O, Arikpo D, Effa EE, Esu EB, Balakrishna Y. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;CD008145. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008145.pub4>.
 - [23] Harrison K, Rahimi N, Danovaro-Holliday MC. Factors limiting data quality in the expanded programme on immunization in low and middle-income countries: A scoping review. *Vaccine* 2020;38:4652–63. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.02.091>.
 - [24] Scobie HM, Edelstein M, Nicol E, Morice A, Rahimi N, MacDonald NE, dkk. Improving the quality and use of immunization and surveillance data: Summary report of the Working Group of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. *Vaccine* 2020;38:7183–97. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.017>.
 - [25] Blanc DC, Grundy J, Sodha S V, O'Connell TS, von Mühlenbrock HJM, Grevendonk J. Immunization programs to support primary health care and achieve universal health coverage. *Vaccine* 2024;42:S38–42. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.09.086>.