



**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU
TERHADAP IMUNISASI DENGAN KELENGKAPAN
IMUNISASI DASAR PADA BAYI
(STUDI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TEMPUREJO
KABUPATEN JEMBER TAHUN 2007)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi syarat-syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

| | | |
|--------------|---------------------|------------------|
| Asal: | Hadiah Pemberian | Klass |
| Terima Tgl : | 13 DEC 2007 | 518920029 MUK |
| No. Induk : | | h |
| Oleh : | PELAYAN | 9 |

**SITI MUKAROMAH
NIM. 032110101076**

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2007

Skripsi

**Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Ibu
terhadap Imunisasi dengan
Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi
(Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo
Kabupaten Jember Tahun 2007)**

Oleh

Siti Mukaromah

NIM 032110101076

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Novia Luthviatin, S.KM

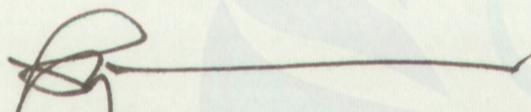
PENGESAHAN

Skripsi berjudul Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Ibu terhadap Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2007) telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

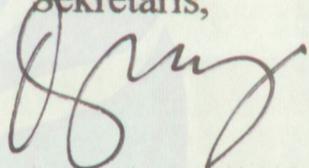
Hari : Selasa
Tanggal : 23 Oktober 2007
Tempat : Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim penguji

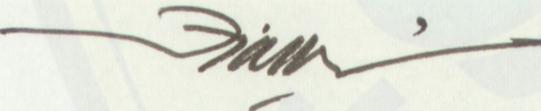
Ketua,


Drs. Husni Abdul Gani, M.S
NIP. 131 274 728

Sekretaris,


Novia Luthviatin, S.KM
NIP. 132 310 668

Anggota I,


Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes
NIP. 132 296 983

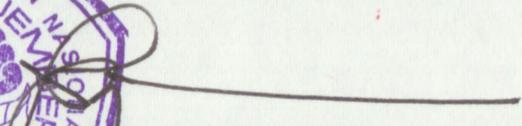
Anggota II,


dr. Hendro Soelistijono, M.M
NIP. 140 367 729

Mengesahkan,

Ketua program Studi Kesehatan Masyarakat




Drs. Husni Abdul Gani, M.S
NIP. 131 274 728

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Mukaromah

NIM : 032110101076

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul **“Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Ibu terhadap Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2007)”** adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, 23 Oktober 2007
Yang menyatakan,

(Siti Mukaromah)
NIM. 032110101076

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Ibu terhadap Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2007)*. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) pada program studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes, selaku Dosen Pembimbing I dan Ibu Novia Luthviatin, S. KM, selaku dosen Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, pikiran dan perhatian dalam penulisan skripsi ini.
2. Drs. Husni Abdul Gani. MS selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat.
3. Drs. Thohirun, M.S, M.A selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa di Program Studi Kesehatan Masyarakat.
4. dr. Hendro Soelistijono, M.M. selaku anggota penguji skripsi saya, terima kasih banyak atas semua saran dan masukan yang telah diberikan kepada saya
5. dr.Ahmad Multazam., selaku dokter Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember yang telah memberikan ijin penelitian di wilayah ini.
6. Sulis Purwantini, Amd, Keb. selaku pemegang program kesehatan ibu dan anak (KIA) di Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember yang telah mengizinkan dan memberikan data awal sehingga memudahkan penelitian saya.
7. Ibu Erti, Ibu Sumiatin, dan Ibu Sri Sulistyani selaku bidan desa di wilayah kerja puskesmas Tempurejo kabupaten Jember yang telah membantu penelitian saya beserta para kadernya.
8. Ibunda dan Ayahanda, serta keluargaku terima kasih banyak atas doa, bimbingan dan nasehatnya serta pengorbanannya selama ini baik material maupun spiritual.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Oktober 2007

Penulis

Relation between Knowledge and Attitude of Mother toward Immunize with Base Immunize Completeness to Baby (Study in Working Area Tempurejo Health Centre Jember Regency Year 2007)

Siti Mukaromah

*Departement of Health Promotion and Behavioral Science
School of Public Health, The University of Jember*

ABSTRACT

This Research Background is the coverage result of immunize in the year 2006 Public Health Service of Jember Regency show that Tempurejo Health Centre has the lowest coverage result. Mother factor influence the immunize achievement, that are mother knowledge and mother attitude about immunize. The aim of this research is to analyze the relation between mother knowledge and mother attitude about immunize with base immunize completeness to baby in working area Tempurejo Health Centre Jember Regency. In line with the aim of the research, this research is inclusive of analytic survey research with crosssectional approach. Population in this research is mothers that have baby have age to 1 year, residing in working area puskesmas Tempurejo and also still have KMS that are 65 mothers. Sample collection technique is by total sample. Data collection methode in this research is by kuesionere. Data analyse technique used is by correlation spearman test. Result of research show (1) There is a relation between mother knowledge about immunize with base immunize completeness to baby. (2) There is a relation between mother attitude to immunize with base immunize completeness to baby. Referring to this research result is health services of jember regency have to inform to mother's thought counseling that is done by midwife or health officer at posyandu activity in order to increase mother's knowledge with the result that immunization completeness also increase.

Key words: *knowledge, attitude, base immunize completeness to baby*

Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Ibu terhadap Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2007)

Siti Mukaromah

Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Program Studi Kesehatan Masyarakat,
Universitas Jember

ABSTRAK

Latar belakang penelitian ini adalah hasil cakupan imunisasi tahun 2006 Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menunjukkan Puskesmas Tempurejo merupakan puskesmas dengan cakupan terendah. Faktor ibu sangat berpengaruh penting terhadap pencapaian imunisasi salah satunya pengetahuan dan sikap ibu tentang imunisasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember. Sejalan dengan tujuan penelitian tersebut, penelitian ini termasuk jenis penelitian survei analitik dengan pendekatan *crosssectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu-ibu yang mempunyai bayi berusia 1 tahun, berada di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo serta masih memiliki KMS yaitu sebanyak 65 ibu. Teknik pengambilan sampel yang dilakukan adalah total sampel. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan kuesioner. Teknik analisis data yang digunakan adalah dengan uji korelasi spearman. Hasil penelitian menunjukkan (1) Ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi. (2) Ada hubungan antara sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi. Sehubungan dengan hasil penelitian ini disarankan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk melakukan upaya pemberian informasi kepada para ibu melalui berbagai penyuluhan oleh bidan atau petugas kesehatan pada waktu kegiatan posyandu agar pengetahuan ibu semakin meningkat sehingga kelengkapan imunisasi dasar juga akan semakin meningkat.

Kata kunci: Pengetahuan, Sikap, Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi

DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PEMBIMBINGAN..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN..... | iv |
| PRAKATA..... | v |
| <i>ABSTRACK</i> | <i>vi</i> |
| ABSTRAK | vii |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR..... | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 5 |
| 1.5.1 Tujuan Umum | 5 |
| 1.5.2 Tujuan Khusus | 6 |
| 1.4 Manfaat | 6 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis..... | 6 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis | 6 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA..... | 7 |
| 2.1 Perilaku Kesehatan | 7 |
| 2.1.1 Konsep Perilaku | 7 |
| 2.1.2 Domain Perilaku | 9 |
| 2.1.3 Determinan Perilaku | 14 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2 Imunisasi | 16 |
| 2.2.1 Pengertian Imunisasi | 16 |
| 2.2.2 Jenis Imunisasi | 18 |
| 2.2.3 Jenis dan Karakteristik Vaksin | 19 |
| 2.2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi | 23 |
| 2.2.5 Kegiatan Imunisasi..... | 26 |
| 2.2.6 Manfaat Imunisasi..... | 26 |
| 2.3 Kelengkapan Imunisasi Dasar | 27 |
| 2.4 Hubungan antara Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi | 28 |
| 2.5 Hubungan antara Sikap Ibu tentang Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi..... | 29 |
| 2.6 Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian..... | 31 |
| 2.6.1 Kerangka Konseptual..... | 31 |
| 2.6.2 Hipotesis Penelitian..... | 32 |
| BAB 3. Metode Penelitian | 34 |
| 3.1 Jenis Penelitian | 34 |
| 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian | 34 |
| 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian..... | 34 |
| 3.3.1 Populasi Penelitian..... | 34 |
| 3.3.2 Sampel dan Besar Sampel..... | 35 |
| 3.4 Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran..... | 35 |
| 3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data | 38 |
| 3.5.1 Teknik Pengumpulan Data..... | 38 |
| 3.5.2 Instrumen Pengumpulan Data..... | 39 |
| 3.6 Analisis Data..... | 40 |
| 3.7 Kerangka Alur Penelitian | 41 |
| BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | 42 |
| 4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian | 42 |

| | | |
|-----------------------|---|-----------|
| 4.2 | Gambaran Responden Penelitian | 42 |
| 4.2.1 | Karakteristik Ibu Berdasarkan Umur | 42 |
| 4.2.2 | Karakteristik Ibu Berdasarkan Pendidikan | 43 |
| 4.2.3 | Karakteristik Ibu Berdasarkan status Pekerjaan | 44 |
| 4.2.4 | Karakteristik Ibu berdasarkan Tempat Ibu melahirkan..... | 45 |
| 4.2.5 | Tingkat Pengetahuan Responden tentang Imunisasi | 45 |
| 4.2.6 | Sikap Responden terhadap Imunisasi | 48 |
| 4.2.7 | Kelengkapan Imunisasi Dasar | 49 |
| 4.3 | Hubungan antara Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi | 51 |
| 4.4 | Hubungan antara Sikap Ibu terhadap Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi..... | 53 |
| BAB 5. | KESIMPULAN DAN SARAN | 57 |
| 5.1 | Kesimpulan | 57 |
| 5.2 | Saran | 58 |
| DAFTAR PUSTAKA | | |

DAFTAR TABEL

| Nomor | Judul Tabel | Halaman |
|-------|--|---------|
| 2.1 | Jadwal Pemberian Imunisasi pada Bayi dengan Menggunakan Vaksin DPT/HB Kombo | 24 |
| 3.1 | Variabel, Definisi Operasional dan Cara Pengukuran | 35 |
| 4.1 | Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Usia | 43 |
| 4.2 | Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Pendidikan | 43 |
| 4.3 | Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Status Pekerjaan | 44 |
| 4.4 | Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Tempat Ibu Melahirkan | 45 |
| 4.5 | Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Penolong dari Ibu yang Melahirkan di Rumah | 46 |
| 4.6 | Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang Imunisasi | 46 |
| 4.7 | Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Sikap terhadap Imunisasi | 49 |
| 4.8 | Distribusi Frekuensi Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi | 50 |
| 4.9 | Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan antara Sikap dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar | 52 |
| 4.10 | Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan antara Sikap Terhadap Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar Pada Bayi | 54 |

DAFTAR GAMBAR

| Nomor | Judul Gambar | Halaman |
|--------------|--|----------------|
| 2.1 | Proses Terbentuknya Sikap | 12 |
| 2.2 | Hubungan antara Informasi, Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku | 28 |
| 2.3 | Model Perilaku Ajhen dan Fishbein | 28 |
| 2.4 | Kerangka Konseptual Penelitian | 31 |
| 3.1 | Kerangka Penelitian | 41 |

DAFTAR LAMPIRAN

| Nomor | Judul Lampiran | Halaman |
|--------------|--|----------------|
| A | Pernyataan persetujuan (<i>Inform consent</i>) | 62 |
| B | Kuesioner penelitian | 63 |
| C | Hasil analisis data | 71 |
| D | Data hasil penelitian | 73 |



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi manusia sekaligus merupakan investasi sumberdaya manusia serta memiliki kontribusi yang besar untuk meningkatkan Indeks Perkembangan Manusia (IPM). Oleh karena itu menjadi suatu keharusan bagi semua pihak untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan demi kesejahteraan seluruh masyarakat Indonesia. Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemampuan dan kemauan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal (Dinkes Prov Jatim, 2005).

Strategi pembangunan kesehatan nasional untuk mewujudkan "Indonesia Sehat 2010" adalah menerapkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, yang berarti setiap upaya program pembangunan harus mempunyai kontribusi positif terhadap terbentuknya lingkungan yang sehat dan perilaku sehat. Sebagai acuan pembangunan kesehatan mengacu pada konsep "paradigma sehat" yaitu pembangunan kesehatan yang memberikan prioritas utama pada upaya peningkatan pelayanan peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) dibandingkan upaya pelayanan penyembuhan/pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) secara menyeluruh dan terpadu dan berkesinambungan. Menurut Undang-undang kesehatan nomor 23 tahun 1992 "paradigma sehat" dilaksanakan melalui beberapa kegiatan antara lain pemberantasan penyakit. Salah satu upaya pemberantasan penyakit menular adalah upaya pengebalan (imunisasi) (Kep. Menkes Nomor 1116 MENKES/SK/XI/2005)

Upaya imunisasi diselenggarakan di Indonesia sejak tahun 1956. Upaya ini merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling *cost effective*. Dengan upaya imunisasi terbukti bahwa penyakit cacar telah terbasmi dari Indonesia dan Indonesia dinyatakan bebas dari penyakit cacar sejak tahun 1974. Mulai tahun 1977, upaya imunisasi diperluas menjadi program pengembangan imunisasi dalam rangka

pengecahan penularan terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) yaitu Tuberculosis, Difteri, Pertusis, Campak, Polio, Tetanus serta Hepatitis B (Depkes RI, 2002).

Imunisasi merupakan upaya pencegahan berdimensi kesetiakawanan tinggi. Seorang ibu yang membawa anaknya untuk mendapatkan imunisasi berarti telah memberikan kekebalan individu. Tindakan seorang ibu tersebut, merupakan suatu bentuk tanggung jawab terhadap keluarga untuk melindungi anaknya dari serangan penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi. Bagi seorang ibu hal itu merupakan suatu pekerjaan yang sudah biasa dilakukannya namun pekerjaan ini sebenarnya memiliki makna yang mulia dengan membawa anaknya untuk mendapatkan imunisasi, seorang ibu telah memberi sumbangan bagi kekebalan kelompok. Dengan kata lain, imunisasi memiliki dimensi tanggung jawab ganda yaitu selain memberi perlindungan kepada anaknya agar tidak terkena penyakit menular, juga seorang anak telah mendapatkan kekebalan setelah imunisasi akan menghambat perkembangan penyakit dikalangan masyarakat (Achmadi, 2006).

Program imunisasi di Indonesia memiliki tujuan untuk menurunkan angka kejadian penyakit dan angka kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Secara spesifik program imunisasi di Indonesia memiliki target cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di seluruh desa atau kelurahan pada tahun 2010. Kemudian program imunisasi juga menginginkan tercapainya eliminasi (pengurangan jumlah penderita) tetanus pada bayi baru lahir dibawah 1 per 1.000 kelahiran yang hidup dalam 1 tahun. Hal ini ingin dicapai pada tahun 2008 (Achmadi, 2006). Bila imunisasi dasar dilaksanakan dengan lengkap dan teratur, maka imunisasi dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian balita sekitar 80-95%. Pengertian teratur dalam hal ini yaitu teratur dalam mentaati jadwal dan jumlah frekuensi imunisasi, sedangkan yang dimaksud imunisasi dasar lengkap adalah telah mendapat semua jenis imunisasi dasar (BCG 1X, DPT/HB Kombo 3X, Polio 4x, dan Campak 1X) pada waktu anak berusia kurang dari 11 bulan. Imunisasi dasar yang tidak lengkap, maksimum hanya dapat memberikan perlindungan 25 -

40%. Sedangkan anak yang sama sekali tidak diimunisasi tentu tingkat kekebalannya lebih rendah lagi (Hetty, 2002).

Kepercayaan masyarakat terhadap program imunisasi harus tetap terjaga, sebab bila tidak dapat mengakibatkan turunnya angka cakupan imunisasi. Perlu ditekankan bahwa pemberian imunisasi pada bayi dan anak tidak hanya memberikan pencegahan terhadap anak tersebut tetapi akan memberikan dampak yang jauh lebih luas karena akan mencegah terjadinya penularan yang luas dengan adanya peningkatan tingkat imunitas secara umum dimasyarakat. Oleh karena itu pandangan serta sikap setiap orang tua sangat penting untuk dipahami arti imunisasi. Beberapa studi menemukan bahwa usia ibu, ras, dan opini orang tua tentang vaksin berhubungan dengan status imunisasi anak mereka. Kepercayaan dan perilaku kesehatan ibu juga hal yang penting, karena penggunaan sarana kesehatan oleh anak berkaitan erat dengan perilaku dan kepercayaan ibu tentang kesehatan dan mempengaruhi status imunisasi. Masalah pengertian dan keikutsertaan orangtua dalam program imunisasi tidak akan menjadi halangan besar jika pendidikan yang memadai tentang hal itu diberikan (Ali, 2003).

Salah satu penyebab utama tidak tercapainya target imunisasi dasar pada balita adalah karena faktor ibu, menurut pedoman operasional program imunisasi di Indonesia faktor ibu sangat berpengaruh penting terhadap pencapaian imunisasi yaitu salah satunya pengetahuan ibu (Depkes RI, 2002). Disamping penyebab lainnya misalnya, keterjangkauan terhadap pelayanan kesehatan yang sulit, sikap petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Pengetahuan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai suatu hal, cenderung akan mengambil keputusan yang lebih tepat berkaitan dengan masalah (Permata, 2003). Sedangkan menurut Notoatmodjo (2007) faktor pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Menurut teori perubahan perilaku yang di ungkapkan Notoatmodjo (2007), pengetahuan akan mempengaruhi sikap dan tindakan seseorang.

Sikap sendiri merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan salah satu tahap terjadinya perubahan perilaku atau tindakan seseorang. Jadi secara teori pengetahuan seseorang akan mempengaruhi sikap dan sikap tersebut teraplikasi dalam suatu tindakan seseorang.

Berdasarkan data dari Dinkes Kabupaten Jember tahun 2006 masih terdapat 27 puskesmas (55,1%) yang belum mencapai UCI (*Universal Child Immunization*) dari 49 puskesmas yang ada di Kabupaten Jember. Puskesmas yang belum mencapai UCI artinya puskesmas tersebut memiliki keadaan belum tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada semua bayi (anak di bawah umur 1 tahun). Ketentuan UCI Kabupaten Jember tahun 2006 adalah sebagai berikut: BCG sebesar $\geq 90\%$, DPT/HB Kombo 1 $\geq 90\%$; Polio 1 $\geq 90\%$; DPT/HB Kombo 2 $\geq 85\%$; Polio 2 $\geq 85\%$; Polio 3 $\geq 85\%$; DPT/HB Kombo 3 $\geq 80\%$; Polio 4 $\geq 80\%$, Campak $\geq 80\%$. Berikut ini adalah 10 besar puskesmas yang belum memenuhi ketentuan UCI yaitu : Puskesmas Tempurejo, Klatakan, Arjasa, Patrang, Summersari, Tembokrejo, Sumberjambe, Cakru dan Rowotengah serta Jenggawah.

Puskesmas Tempurejo merupakan puskesmas yang memiliki angka cakupan imunisasi terendah di Kabupaten Jember pada tahun 2006, karena dari 10 antigen yang di imunisasikan pada imunisasi dasar semuanya belum sesuai dengan ketentuan UCI. Berikut ini data cakupan imunisasi di Puskesmas Tempurejo tahun 2006 dengan jumlah sasaran bayi 820: BCG: 74,27%; DPT/HB Kombo 1: 75,98%; Polio 1: 78,05%; DPT/HB Kombo 2: 65,85%; Polio 2: 67,2%; Polio 3: 66,71%; DPT/HB Kombo 3: 63,54%; Polio 4: 52,93%, Campak: 58,54%, HB <7 hari:55,45%.

Berdasarkan data diatas dapat diketahui masih adanya anak-anak yang belum lengkap imunisasinya atau belum diimunisasi. Akumulasi anak-anak yang belum terlindungi ini mengakibatkan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi di Puskesmas Tempurejo masih tetap berlangsung. Diantara penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) yang masih ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo pada tahun 2006 yaitu campak dan TB paru.

Wilayah kerja Puskesmas Tempurejo meliputi empat desa yaitu Tempurejo, Pondokrejo, Sidodadi dan Curahtakir. Dari keempat wilayah kerja tersebut dua desa yaitu Tempurejo dan Pondokrejo sejak tahun 2004 – 2006 merupakan desa yang beresiko tinggi yaitu desa yang memiliki risiko tinggi terjadinya KLB (Kejadian Luar Biasa) penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi karena cakupan imunisasi yang kurang. Sedangkan desa Sidodadi pada 2004 – 2005 merupakan desa dengan risiko tinggi (risti). Hanya satu desa yaitu desa Curahtakir yang tidak terkategori sebagai desa Risti pada tahun 2004 – 2006 (Dinkes Kab Jember, 2006).

Berdasarkan beberapa hal tersebut penulis ingin melakukan penelitian mengenai hubungan pengetahuan dan sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

- 1) Mengkaji karakteristik ibu (umur, tingkat pendidikan, status pekerjaan, tempat ibu melahirkan, tingkat pengetahuan tentang imunisasi, tingkat sikap terhadap imunisasi, dan kelengkapan imunisasi dasar) di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007.
- 2) Menganalisis hubungan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007.
- 3) Menganalisis hubungan antara sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis diharapkan penelitian ini dapat mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan tentang perilaku kesehatan dalam Bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.

1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat tentang program peningkatan cakupan imunisasi dan sebagai pedoman awal untuk pengembangan dan penelitian selanjutnya



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku kesehatan

2.1.1 Konsep Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh-tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing. Sehingga yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007).

Skinner (1938) seorang ahli psikologi dalam Notoadmodjo (2007), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus-Organisme-Respon. Skinner membedakan adanya dua respon.

1. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. Misalnya: makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. *Respondent respons* ini juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis,

lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.

2. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugasnya atau job deskripsi) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2007).

1. Perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*, misalnya: seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan, seorang pemuda tahu bahwa HIV/ AIDS dapat menular melalui hubungan seks, dan sebagainya.

2. Perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktek (*practice*) misal, seorang ibu memeriksakan kehamilannya atau anaknya ke Puskesmas untuk diimunisasi, penderita TB paru minum obat secara teratur, ibu membawa anaknya ke posyandu untuk mendapatkan imunisasi dan sebagainya.

2.1.2 Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni (Notoatmodjo, 2007):

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks, dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan dalam Notoatmodjo (2007) membagi perilaku manusia ke dalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yakni:

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengideraan terhadap suatu objek tertentu. Pengideraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

a. Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah tidak baik lagi
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

b. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan.

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagian), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

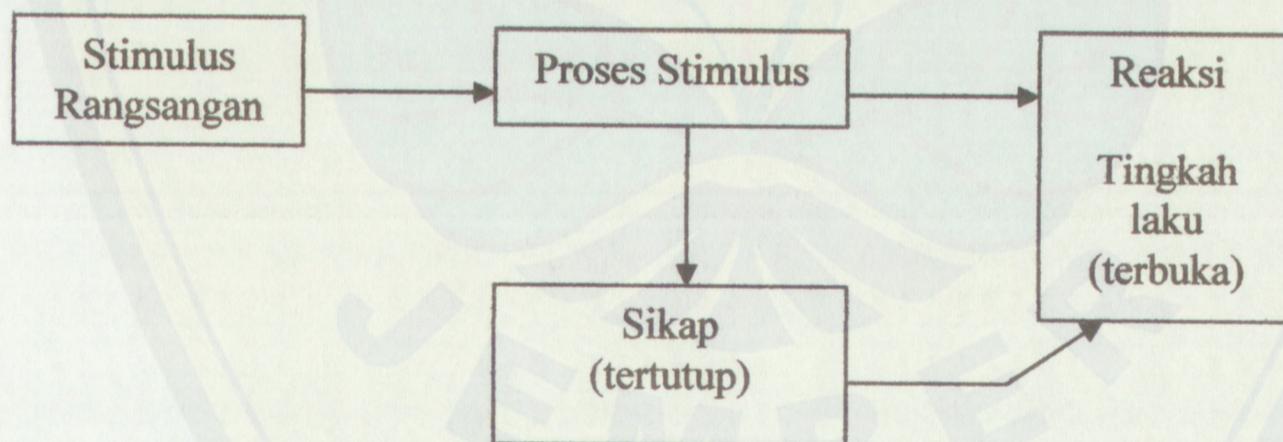
Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2. Sikap (*Attitude*)

Secara umum sikap dapat dirumuskan sebagai kecenderungan untuk berespon secara positif atau negatif terhadap orang, objek atau situasi tertentu. Sikap mengandung suatu penilaian afektif (senang, benci, sedih, dsb) disamping komponen kognitif (pengetahuan tentang objek itu) serta aspek konaktif (cenderung bertindak). Sikap tidak sama dengan perilaku dan perilaku tidak selalu mencerminkan sikap

seseorang, sebab seringkali terjadi bahwa seseorang memperlihatkan tindakan yang bertentangan dengan sikapnya (Sarwono, 1997).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb, salah seorang psikologi sosial, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan prediksi tindakan suatu perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2007).



Gambar 2.1 Proses Terbentuknya Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

- a Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan rangsangan yang diberikan (objek).

- b Merespon (*responding*), yaitu memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan sebagai indikasi suatu sikap.
- c Menghargai (*valuing*), yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah yang merupakan indikasi sikap tingkat tiga.
- d Bertanggung jawab (*responsible*), yaitu bertanggungjawab terhadap segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko yang merupakan indikasi sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan cara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2007).

3. Praktek atau tindakan (*practice*)

Tindakan adalah perwujudan dari apa yang telah diketahui tentang suatu hal dalam tindakan nyata (Poerwadarminta, 1996). Suatu sikap belum langsung terwujud dalam bentuk tindakan. Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan factor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Setelah seseorang mengalami stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktek (*practice*) perilaku kesehatan (*overt behavior*). Oleh sebab itu indikator praktek kesehatan ini juga mencakup hal-hal tersebut di atas, yakni (Notoatmodjo, 2007):

1. Tindakan (praktek) sehubungan dengan penyakit

Tindakan atau perilaku ini mencakup : a) pencegahan penyakit, mengimunisasi anaknya, melakukan pengurusan bak mandi seminggu sekali, menggunakan masker pada waktu kerja di tempat yang berdebu, dan b) penyembuhan penyakit, misalnya: minum obat sesuai petunjuk dokter, berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat, dan sebagainya.

2. Tindakan (praktek) pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

Tindakan atau perilaku ini mencakup antara lain: mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, melakukan olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum minuman keras dan narkoba, dan sebagainya.

3. Tindakan (praktek) kesehatan lingkungan

Perilaku ini antara lain mencakup: membuang air besar di jamban (WC), membuang sampah di tempat sampah, menggunakan air bersih untuk mandi, cuci, masak, dan sebagainya.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yaitu dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

2.1.3 Determinan Perilaku

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada garis besarnya perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. Akan tetapi dari tiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2007).

Ada beberapa teori yang mengungkapkan determinan perilaku dengan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Diantara teori determinan perilaku tersebut yaitu: teori Lawrence Green (1980). Berikut ini adalah penjelasannya:

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk dari 3 faktor, yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas- fasilitas atau sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.
3. faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

$$B = f (PF, EF, RF)$$

dimana :

B = *Behaviour*

PF = *Predisposing factors*

EF = *Enabling factors*

RF = *Reinforcing factors*

f = Fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang tua masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Notoatmodjo, 2007).

Seseorang yang tidak mau mengimunitasikan anaknya di posyandu dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui manfaat imunisasi bagi anaknya (*predisposing factors*). Atau barang kali juga karena rumahnya jauh dari posyandu atau puskesmas tempat mengimunitasikan anaknya (*enabling factors*). Sebab lain, mungkin karena para petugas kesehatan atau tokoh masyarakat lain disekitarnya tidak pernah mengimunitasikan anaknya (*reinforcing factors*) (Notoatmodjo, 2007).

2.2 Imunisasi

2.2.1 Pengertian Imunisasi

Pengertian imunisasi menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116 MENKES/SK/XI/2005 tentang pedoman penyelenggaraan imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan menderita penyakit tersebut. Sedangkan pengertian imunisasi dasar adalah pemberian iminisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan diatas ambang perlindungan.

Bustan (1997) menyatakan, perubahan status sehat ke status sakit berkaitan dengan adanya keterpaparan yang dialami dan kerentanan tubuh manusia dalam menghadapi keterpaparan itu. Untuk menderita sakit seseorang harus mengalami keterpaparan dan rentan terhadap keterpaparan itu. Konsep ini sekaligus memberikan gambaran bahwa untuk mencegah penyakit dapat dilakukan dengan dua cara utama, yaitu:

1. Menghindari keterpaparan, misalnya dengan memberikan desinfektan, dan
2. Menurunkan kerentanan, misalnya dengan meningkatkan daya tahan tubuh dengan imunisasi

Menurut Hetty (2002), imunisasi berasal dari kata "*immune*" yang berarti kebal sehingga imunisasi dapat didefinisikan sebagai suatu usaha pencegahan penyakit dengan cara sengaja memberikan perlindungan atau kekebalan kepada

seseorang dengan memasukkan vaksin kedalam tubuh. Dengan memberi vaksin diharapkan bila orang tersebut terpapar agen penyakit akan memberikan reaksi sehingga tidak menderita atau menderita ringan dan tidak menimbulkan cacat atau tidak sampai meninggal.

Imunisasi adalah pemberian *vaksin* untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu. Vaksin adalah suatu obat yang diberikan untuk membantu mencegah suatu penyakit. Vaksin membantu tubuh untuk menghasilkan antibodi. Antibodi ini berfungsi melindungi terhadap penyakit. Vaksin tidak hanya menjaga agar anak tetap sehat, tetapi juga membantu membasmi penyakit yang serius yang timbul pada masa kanak-kanak. Vaksin secara umum cukup aman. Keuntungan perlindungan yang diberikan vaksin jauh lebih besar daripada efek samping yang mungkin timbul. Dengan adanya vaksin maka banyak penyakit masa kanak-kanak yang serius, yang sekarang ini sudah jarang ditemukan (Achmadi, 2006).

Hetty (2002) menyatakan bayi mempunyai resiko lebih berat bila terinfeksi (kebanyakan dari ibunya), oleh karena itu, sasaran utama imunisasi adalah bayi dan anak. Imunisasi yang diberikan pada bayi usia 0–11 bulan yang disebut imunisasi dasar meliputi DPT tiga kali, BCG satu kali, Polio empat kali, Campak satu kali, dan Hepatitis tiga kali.

Tujuan imunisasi adalah merangsang sistem tetapi menghindarkan hal-hal yang tidak menyenangkan dari kesakitan alamiah. Hal ini dapat dicapai dengan menggunakan vaksin hidup (misalnya vaksin Polio oral dan BCG) atau organisme yang telah dimatikan, vaksin yang dibuat tidak aktif (misalnya Pertusis, Demam Tifoid). Dengan vaksin hidup, suatu infeksi dengan derajat sangat rendah menimbulkan suatu rangsangan yang lama, sedangkan vaksin mati rangsangan bertahan sebentar dan harus diulang (Martodipuro, 1998). Vaksin harus diberikan pada umur yang tepat dengan cara pemberian dan penyimpanan rantai dingin yang benar agar penerima vaksin benar-benar terlindungi dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi tersebut secara optimal (Nelson, 2000).

Tujuan pediatri pencegahan adalah imunitas anak secara individu, tetapi sebenarnya tujuan yang lebih luas adalah *eradikasi* suatu penyakit dari penduduk suatu daerah atau negeri. Untuk mencapai hal ini diperlukan imunisasi secara merata dan sistematis. Sedikitnya 70% penduduk dari suatu daerah atau negeri harus mendapat imunisasi. Yang sama pentingnya adalah imunisasi ulangan atau booster yang perlu dilaksanakan dalam waktu-waktu tertentu untuk meningkatkan lagi imunitas penduduk (Fakultas Kedokteran UI, 1995).

Hetty (2002) menyatakan bila imunisasi dasar dilakukan dengan lengkap dan teratur pada bayi maka imunisasi tersebut dapat mengurangi angka kematian anak balita sekitar 80-95%. Imunisasi dasar yang tidak lengkap hanya dapat memberikan perlindungan untuk anak sebesar 25-45%. Sedangkan untuk anak yang sama sekali tidak mendapat imunisasi tentu tingkat kekebalannya terhadap penyakit-penyakit tersebut lebih rendah lagi.

2.2.2 Jenis Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan tubuh secara aktif terhadap suatu antigen, sehingga bila kelak ia terpajan pada antigen serupa, tidak terjadi penyakit. Dilihat dari cara timbulnya, terdapat dua jenis kekebalan yaitu: kekebalan aktif dan kekebalan pasif (Entjang, 2000). Berikut ini adalah penjelasannya:

1. Kekebalan pasif

Kekebalan pasif adalah kekebalan yang diperoleh dari luar tubuh, bukan dibuat oleh individu sendiri. Contohnya adalah kekebalan pada janin yang diperoleh dari ibu, atau kekebalan yang diperoleh setelah pemberian suntikkan imunoglobulin. Kekebalan pasif tidak berlangsung lama karena dimetabolisme oleh tubuh. Kekebalan pasif dibagi menjadi dua yaitu:

a) Kekebalan pasif yang diturunkan (*Congenital Immunity*)

Yaitu kekebalan pada bayi-bayi karena mendapatkan zat anti yang diturunkan dari ibunya ketika ia masih berda didalam kandungan. Antibodi dari darah ibu

melalui plasenta masuk ke dalam darah si bayi. Macam dan jumlah zat anti yang didapatkannya tergantung pada macam dan jumlah zat anti yang dimiliki ibunya. Macam kekebalan yang diturunkan antara lain: terhadap tetanus, difteri, pertusis, typhus. Kekebalan ini biasanya berlangsung sampai umur 3 - 5 bulan, karena zat anti ini makin lama makin berkurang, sedang ia sendiri tidak membuatnya.

b) Kekebalan pasif disengaja (*Artificially induced pasive immunity*)

Yaitu kekebalan yang diperoleh seseorang karena orang tersebut diberi zat anti dari luar. Pemberian zat anti dapat berupa pengobatan maupun sebagai usaha pencegahan. Misalnya seseorang yang terluka karena menginjak paku, karena ia takut menderita tetanus, ia di suntik A.T.S (Anti Tetanus Serum), sebagai usaha pencegahan. Orang lain yang terkena paku juga, tapi karena tidak tahu ataupun karena hal lain tidak disuntik A.T.S, kemudian kejang-kejang, yaitu suatu gejala tetanus. Maka sekarang pemberian A.T.S adalah sebagai usaha pengobatan.

2. Kekebalan aktif

Yaitu kekebalan yang diperoleh dimana tubuh orang tersebut aktif membuat zat anti sendiri. kekebalan aktif dibagi dua yaitu:

- a) Kekebalan aktif alami (*Naturally acquired immunity*), yaitu orang menjadi kebal setelah menderita penyakitnya misalnya kebal terhadap cacar setelah sembuh dari cacar.
- b) Kekebalan aktif disengaja (*Artifially induced active immunity*), yaitu kekebalan yang diperoleh setelah orang mendapatkan vaksinasi. Misalnya seseorang menjadi kebal terhadap cacar setelah ia mendapatkan vaksinasi cacar.

2.2.3 Jenis dan Karakteristik Vaksin

1. Vaksin Polio

Bibit penyakit yang menyebabkan polio adalah virus. Imunisasi polio memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit *poliomieltis*. Polio bisa menyebabkan

nyeri otot dan kelumpuhan pada salah satu maupun kedua lengan/tungkai. Polio juga bisa menyebabkan kelumpuhan pada otot-otot pernafasan dan otot untuk menelan. Imunisasi dasar polio diberikan 4 kali (polio i, ii, iii, dan iv) dengan interval tidak kurang dari 4 minggu. Imunisasi polio ulangan diberikan 1 tahun setelah imunisasi polio 4, kemudian pada saat anak masuk SD (5-6 tahun) dan pada saat meninggalkan SD (12 tahun). Vaksin yang digunakan oleh banyak negara termasuk Indonesia adalah vaksin hidup (yang telah dilemahkan).

Vaksin polio berbentuk cairan. Kemasan sebanyak 1 cc atau 2 cc dalam flakon dilengkapi dengan pipet untuk meneteskan vaksin. Pemberian secara oral sebanyak dua tetes langsung dari botol ke mulut bayi, tanpa menyentuh mulut bayi. Vaksin polio oral sangat mudah dan cepat rusak jika terkena panas dibandingkan dengan vaksin lainnya. Efek samping dari vaksin ini pada umumnya tidak terdapat efek samping, efek samping berupa paralisis yang disebabkan oleh vaksin sangat jarang terjadi (kurang dari 0,17 : 1.000.000; Bull WHO 66 : 1988).

Kontra indikasi tidak diberikan pada individu yang menderita "*immune deficiency*". Tidak ada efek yang berbahaya yang timbul akibat pemberian polio pada anak yang sedang sakit, namun jika ada keraguan misalnya sedang menderita diare, maka dosis ulangan dapat diberikan setelah sembuh. Bagi individu yang terinfeksi oleh HIV (*Human immunodeficiency Virus*) baik yang tanpa gejala maupun dengan gejala imunisasi polio harus berdasarkan standar jadwal tertentu (Depkes RI, 2005).

2. Vaksin Campak

Bibit penyakit yang menyebabkan campak (*measles*) adalah virus yang masuk dalam genus *Morbillivirus*. Penyakit ini merupakan penyakit menular yang bersifat akut dan menular lewat udara melalui sistem pernafasan, terutama percikan ludah seorang penderita (Achmadi, 2006).

Vaksin yang digunakan adalah vaksin hidup (yang telah dilemahkan). Kemasan dalam vialon berbentuk gumpalan-gumpalan yang beku dan kering untuk dilarutkan dalam 5 cc pelarut. Sebelum menyuntikkan vaksin ini harus terlebih

dahulu dilarutkan dengan pelarut vaksin (*aqua bidest*). Disebut beku kering oleh karena pabrik pembuatan vaksin ini pertama kali membekukan vaksin tersebut kemudian mengeringkannya. Vaksin yang telah dilarutkan potensinya cepat menurun dan hanya bertahan selama 8 jam (Depkes RI, 2002).

Cara pemberian vaksin ini yaitu sebelum disuntikkan vaksin campak terlebih dahulu harus dilarutkan dengan pelarut steril yang telah tersedia yang berisi 5 ml cairan pelarut aquabidest. Dosis pemberian 0,5 ml disuntikkan secara subkutan pada lengan kiri atas, pada usia 9 – 11 bulan. Dan ulangan (*booster*) pada usia 6 – 7 tahun (kelas 1 SD) setelah *catch-up campaign* campak pada anak-anak sekolah dasar kelas 1 – 6 SD. Vaksin campak yang sudah dilarutkan hanya boleh digunakan maksimum 8 jam (Depkes RI, 2005).

Efek samping dari pemberian vaksin ini yaitu hingga 15 % pasien dapat mengalami demam ringan dan kemerahan selama 3 hari yang dapat terjadi 8 -12 hari setelah vaksinasi. Kontraindikasi yaitu bagi individu yang mengidap penyakit *immunodeficiency* atau individu yang diduga menderita gangguan respon imun karena *leukimia*, *lymphoma* (Depkes. RI, 2005).

3. Vaksin BCG (*Bacillus Calmette Guerin*)

Vaksin BCG melindungi anak terhadap penyakit *tuberculosis* (TBC). Vaksin dibuat dari bibit penyakit hidup yang telah dilemahkan. Ditemukan oleh Calmette-Guerin sehingga disebut BCG. Vaksinasi BCG memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit *tuberculosis* (TBC). BCG diberikan 1 kali sebelum anak berumur 2 bulan. Vaksin BCG hidup yang berasal dari bakteri. Vaksin BCG adalah beku kering seperti campak berbentuk seperti bubuk. Sebelum menyuntikkan BCG, vaksin harus dilarutkan lebih dengan 4 cc cairan pelarut (NaCl 0,9%). Vaksin yang sudah dilarutkan harus digunakan dalam waktu 3 jam. Vaksin akan mudah rusak bila kena sinar matahari langsung oleh sebab itu botolnya terbuat dari bahan yang berwarna gelap untuk menghindari cahaya. Pembekuan tidak merusak vaksin kering (Depkes RI, 2005).

Tempat penyuntikan adalah sepertiga bagian lengan kanan atas (pada *insertion musculus deltoideus*). Imunisasi BCG tidak menyebabkan reaksi yang

bersifat umum seperti demam. Satu hingga dua minggu kemudian akan timbul indurasi kemerahan ditempat suntikan yang berubah menjadi pustula, kemudian pecah menjadi luka. Luka tidak perlu pengobatan, akan sembuh secara spontan dan meninggalkan tanda parut, kadang terjadi pembesaran kelenjar regional diketiak dan atau leher, terasa padat, tidak sakit dan tidak menimbulkan demam. Reaksi ini normal, tidak memerlukan pengobatan dan akan menghilang dengan sendirinya (Depkes RI, 2005).

4. Vaksin Hepatitis B

Bibit penyakit yang menyebabkan hepatitis B adalah virus. Vaksin Hepatitis B dibuat dari bagian virus yang lapisan paling luar (mantel virus) yang telah mengalami proses pemurnian. Vaksin Hepatitis B akan rusak karena pembekuan, juga karena pemanasan. Vaksin Hb paling baik disimpan pada suhu 2-8⁰C. Vaksin hepatitis B hanya digunakan untuk pemberian kekebalan aktif terhadap infeksi yang disebabkan oleh virus hepatitis B dan tidak dapat mencegah infeksi virus lain seperti virus Hepatitis A atau C atau yang diketahui dapat menginfeksi hati (Depkes RI, 2005).

Imunisasi Hepatitis B memerlukan tiga kali suntikkan jarak antara suntikkan pertama dengan suntikkan kedua adalah satu bulan. Begitu juga, jarak antara suntikkan kontak ke dua dengan kontak ke tiga paling cepat satu bulan. Hal ini dimaksudkan untuk memberikan kesempatan sel-sel imun berproliferasi berdiferensiasi untuk membentuk imunitas tubuh (antibodi). Cara pemberian vaksin Hepatitis B kepada bayi adalah dengan menyuntikkan vaksin secara intramuskuler ke dalam otot paha (Depkes RI, 2002).

Efek samping dari pemberian vaksin ini berupa reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan disekitar tempat penyuntikan. Reaksi yang terjadi bersifat ringan dan biasanya hilang setelah dua hari. Kontra indikasi dari vaksin ini adalah pada pasien yang hipersensitif terhadap komponen vaksin. Sama halnya seperti vaksin-vaksin lain, vaksin ini tidak boleh diberikan kepada penderita infeksi berat yang disertai kejang (Depkes RI, 2005).

5. Vaksin DPT/HB Kombo

Vaksin kombinasi telah lama dikenal yaitu sejak tahun 1945 sebagai satu pilar baik untuk program imunisasi anak maupun dewasa. Vaksin kombinasi yang telah lama banyak dikenal adalah difteri dan toksoid, yang berdiri sendiri (DT, Td) atau dengan kombinasi vaksin pertusis (DPT). Berkat kemajuan teknologi pembuatan vaksin, telah dimungkinkan vaksin DPT dan Hepatitis B dikombinasikan dalam satu preparat tunggal (DPT/HB Kombo). Dengan adanya DPT/HB Kombo tersebut pemberian imunisasi menjadi lebih sederhana, dan menghasilkan tingkat cakupan yang setara antara HB dan DPT (Depkes RI, 2002).

Vaksin DPT/HB Kombo adalah vaksin yang mengandung DPT berupa toxoid difteri dan toxoid tetanus yang dimurnikan dan pertusis yang inaktifasi serta vaksin hepatitis B yang merupakan sub unit vaksin virus yang mengandung HbsAg murni dan bersifat infeksius. Vaksin hepatitis B ini merupakan vaksin DNA rekombinan yang berasal dari HbsAg yang diproduksi melalui teknologi DNA rekombinan pada sel ragi. Kegunaan dari vaksin ini adalah untuk pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit difteri, tetanus, pertusis dan hepatitis B (Depkes RI, 2005).

Cara pemberiannya adalah dengan cara intra muskuler pada anterolateral paha, 0,5 ml sebanyak 3 dosis. Dosis pertama pada usia 2 bulan, dosis selanjutnya dengan interval minimal 4 minggu (1 bulan). Vaksin disimpan pada suhu + 2°C s/d 8°C. Pengangkutan dalam keadaan dingin menggunakan kotak dingin cair (*cool pack*) dan hindari sinar matahari langsung atau tidak langsung. Vaksin akan mengalami kadaluarsa setelah 24 bulan disimpan pada suhu 2 - 8°C (Depkes RI, 2005).

2.2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi

Imunisasi yang diharuskan untuk bayi di Indonesia adalah BCG, Hepatitis B, DPT, Polio dan Campak. Berikut ini adalah jadwal pemberian imunisasi pada bayi menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116 MENKES/SK/XI/2005 tentang pedoman penyelenggaraan imunisasi:

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi pada Bayi dengan Menggunakan Vaksin DPT/Hb Kombo

| Umur | Vaksin | Tempat |
|-----------------------------------|------------------------|--------------|
| Bayi lahir dirumah: | | |
| 0 bulan | HB1 | Rumah |
| 1 bulan | BCG, Polio1 | Posyandu* |
| 2 bulan | DPT/HBKombo1, Polio2 | Posyandu* |
| 3 bulan | DPT/HBKombo2, Polio3 | Posyandu* |
| 4 bulan | DPT /HBKombo3, Polio4 | Posyandu* |
| 9 bulan | Campak | Posyandu* |
| Bayi lahir di RS/RB/bidan praktek | | |
| 0 bulan | HB1, BCG, Polio 1 | RS/RB/Bidan# |
| 2 bulan | DPT/HBKombo1, Polio2 | RS/RB/Bidan# |
| 3 bulan | DPT /HBKombo2, Polio3 | RS/RB/Bidan# |
| 4 bulan | DPT /HB Kombo3, Polio4 | RS/RB/Bidan# |
| 9 bulan | Campak | RS/RB/Bidan# |

Sumber: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/MENKES/SK/XI/2005

Keterangan:

*atau tempat pelayanan lain

atau Posyandu

Diseluruh Indonesia vaksin yang diberikan dalam program imunisasi dasar diberikan secara gratis dalam arti tidak perlu membayar harga vaksin. Jadwal pemberian imunisasi bila bayi lahir dirumah adalah sebagai berikut:

1. Vaksin Hepatitis hendaknya langsung diberikan. Biasanya dilakukan di rumah tempat ibu melahirkan yang pertolongan persalinannya oleh bidan. Sedangkan bila persalinan di tolong oleh dukun beranak maka bidan akan mengunjungi rumah ibu untuk memberikan vaksin hepatitis B.
2. Bayi berumur 1 bulan, akan diberi vaksin BCG dan vaksin Polio 1 di posyandu atau unit pelayanan imunisasi lain yang terdekat.
3. Bayi berumur dua bulan, akan diberikan vaksin DPT/HB Kombo 1, dan vaksin polio yang diberikan pada unit pelayanan yang terdekat atau posyandu.
4. Bayi berumur tiga bulan, di berikan vaksin DPT/ HB Kombo 2 dan vaksin polio 3 pada unit pelayanan yang terdekat atau posyandu.

5. Bayi berumur empat bulan, diberikan vaksin DPT/HB Kombo 3 pada unit pelayanan yang terdekat atau posyandu.
6. Bayi berumur sembilan bulan diberikan vaksin campak di posyandu atau unit pelayanan yang terdekat.

Apabila bayi lahir di rumah sakit, pondok bersalin, bidan praktek atau tempat pelayanan lain, maka pemberian imunisasi dapat diatur sebagai berikut:

1. Begitu bayi lahir dapat diberikan vaksin HB 1, Polio 1, dan BCG pada unit pelayanan dimana bayi tersebut lahir.
2. Bayi berumur dua bulan, diberikan vaksin DPT/HB Kombo 1, dan Polio 2 pada unit pelayanan terdekat.
3. Bayi berumur tiga bulan, diberikan vaksin DPT/HB Kombo 2, dan Polio 3 pada unit pelayanan terdekat.
4. Bayi berumur empat bulan, diberikan vaksin DPT/HB Kombo 3, dan Polio 4 pada unit pelayanan terdekat.
5. Bayi berumur sembilan bulan, diberikan vaksin campak pada unit pelayanan terdekat.

Jadwal imunisasi ini dapat disesuaikan dengan keadaan di lapangan, dengan ketentuan bahwa jangka waktu antara suntikkan ke 1 dan ke 2 dan ke 3 minimal 1 bulan. Jadwal imunisasi diatas perlu diikuti, hal ini berkenaan dengan kemampuan bayi (penerima vaksin) atau sekaligus perkembangan daya kekebalan yang dimilikinya. Misalnya vaksin hepatitis B harus diberikan ketika bayi baru lahir, karena selain respon imun terhadap hepatitis sudah timbul, juga memberikan perlindungan kepada bayi yang terkena risiko hepatitis B. Apalagi apabila ibu yang mengandungnya menderita hepatitis B, maka respon imun dapat mencegah timbulnya hepatitis B nantinya pada saat dewasa. Beberapa vaksin yang bila diberikan ketika bayi, akan membahayakan bayi. Pada umumnya ketika vaksin diberikan akan dianggap sebagai benda asing (*foreign*) dan timbulah kekebalan, namun ada vaksin tertentu akan dianggap sebagai teman sehingga tubuh bayi tidak memproduksi bahan anti. Dalam kondisi ini akan membahayakan anak, apabila suatu saat nanti

kemasukan bakteri yang bersangkutan, maka akan terjadilah keadaan yang tidak diinginkan, yakni respons imuno toleran (Achmadi, 2006).

2.2.5 Kegiatan Imunisasi

Kegiatan pelayanan imunisasi terdiri dari kegiatan operasional rutin dan khusus. Dengan semakin mantapnya unit pelayanan imunisasi, maka porsi kegiatan operasional khusus semakin kecil. Kegiatan operasional rutin adalah kegiatan yang telah baku, atau dengan kata lain telah terbukti efektif dan efisien. Menurut tempatnya kegiatan operasional rutin dibagi atas :

1. Pelayanan imunisasi di komponen statis (puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit, rumah sakit bersalin). Pendekatan ini merupakan pendekatan yang ideal dimana sasaran datang mencari pelayanan.
2. Pelayanan imunisasi rutin dapat diselenggarakan oleh swasta seperti: rumah sakit swasta, dokter praktek dan bidan praktek.

Tempat pelayanan imunisasi dilapangan adalah di posyandu diatur mengikuti sistem pelayanan lima meja dimana pelayanan imunisasi diberikan dimeja lima (Depkes RI, 2005) . Diseluruh Indonesia, vaksin yang termasuk kedalam program imunisasi dasar diberikan secara gratis dalam arti tidak perlu membayar harga vaksin (Achmadi, 2006).

2.2.6 Manfaat Imunisasi

Menurut Entjang (2000), orang yang kebal yang terdapat di masyarakat merupakan penghalang untuk terjadinya penyebaran penyakit. Karena itu imunisasi disamping berguna bagi diri sendiri, juga melindungi orang lain terhadap penyebaran penyakitnya. Dan bila semua orang dalam masyarakat kebal terhadap penyakit tersebut, maka penyakit akan hilang dari muka bumi. Sebagai contoh: dengan imunisasi yang teratur penyakit cacar hilang dari muka bumi Indonesia sejak tahun 1974. Cakupan imunisasi dasar lengkap yang diharapkan telah memenuhi bahkan melampaui dari target di beberapa daerah tertentu. Berbagai faktor dapat

mempengaruhi upaya peningkatan cakupan imunisasi, dan salah satunya yang penting adalah partisipasi masyarakat. Pada masyarakat yang partisipasinya terhadap imunisasi rendah maka cakupan imunisasi bayinyapun rendah, sehingga masyarakat yang terlindungi sedikit sehingga mudah terjadi letusan wabah. Keadaan ini terbalik pada masyarakat dengan tingkat partisipasi tinggi. Masyarakat dengan *Knowledge, attitude, believe, Practice* tinggi terhadap imunisasi pada gilirannya nanti akan dapat pula membantu menurunkan angka kesakitan dan kematian anak terhadap penyakit (Lubis dkk, 1995).

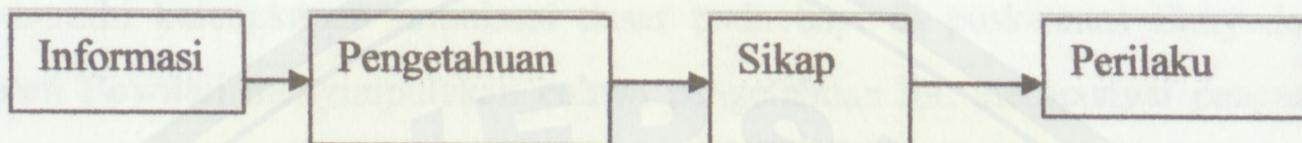
Manfaat imunisasi tidak hanya dirasakan oleh bayi tetapi juga dapat dirasakan oleh keluarga yaitu menghilangkan kecemasan dan psikologi pengobatan bila anak sakit, mendorong pembentukan keluarga bahagia apabila orangtua yakin bahwa anaknya menjalani masa kanak-kanak yang nyaman. Sedangkan manfaat bagi negara yaitu memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara (Darmansjah, 2006).

2.3 Kelengkapan Imunisasi Dasar

Imunisasi dasar merupakan imunisasi rutin yang diberikan kepada bayi dibawah umur 1 tahun dan diberikan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Bila imunisasi dasar dilaksanakan dengan lengkap dan teratur, maka imunisasi dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian balita sekitar 80-95%. Pengertian teratur dalam hal ini yaitu teratur dalam mentaati jadwal dan jumlah frekuensi imunisasi, sedangkan yang dimaksud imunisasi dasar lengkap adalah telah mendapat semua jenis imunisasi dasar (BCG 1X, DPT/HB Kombo 3X, Polio 4x, dan Campak 1X, dan HB <7 hari) pada waktu anak berusia kurang dari 11 bulan. Imunisasi dasar yang tidak lengkap, maksimum hanya dapat memberikan perlindungan 25-40%. Sedangkan anak yang sama sekali tidak diimunisasi tentu tingkat kekebalannya lebih rendah lagi (Hetty, 2002).

2.4 Hubungan antara Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi

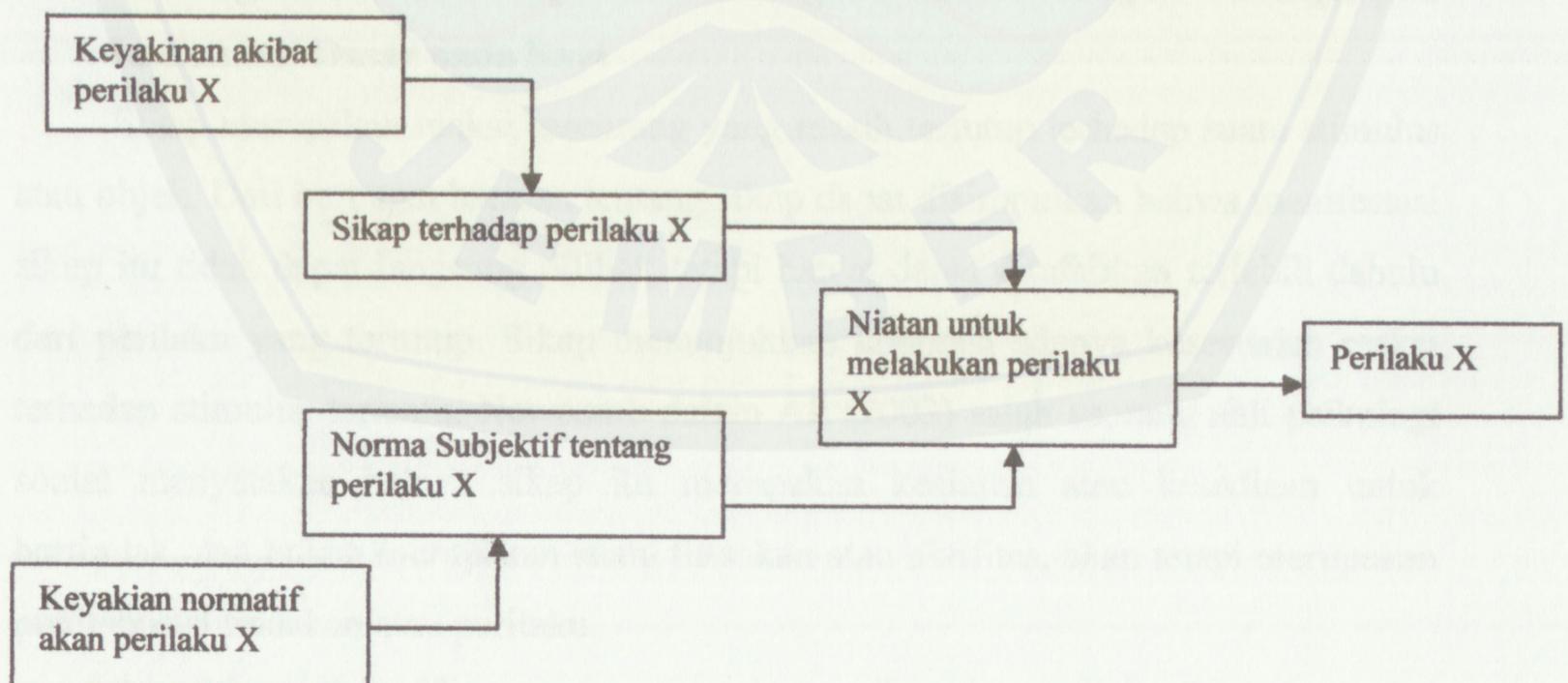
Pengetahuan bisa didapatkan dari sekolah, penyuluhan-penyuluhan oleh berbagai pihak, informasi media massa baik media cetak maupun media elektronik. Secara skematis hubungan faktor-faktor ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Hubungan antara Informasi, Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku

Skema ini menunjukkan secara sederhana bahwa informasi yang diterima seorang ibu tentang imunisasi akan membentuk suatu pengetahuan yang menyebabkan ia memiliki suatu sikap berdasarkan penilaian terhadap informasi tersebut, lalu pada akhirnya sikap itu akan menyebabkan ia memiliki perilaku tertentu. Sikap negatif akan menimbulkan penolakan terhadap imunisasi, sedang sikap positif akan menyebabkan ibu melakukan sesuatu sesuai informasi mengenai imunisasi yang diterimanya.

Menurut Ajzen dan Fishbein dalam Mei (2006) hubungan antara pengetahuan, sikap, niat dan perilaku dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.3 Model Perilaku Ajhen dan Fishbein

Dari skema diatas terlihat bahwa perilaku imunisasi dipengaruhi oleh keyakinan subjektif dan normatif sehingga membawa ibu untuk berfikir bahwa imunisasi memang bermanfaat bagi anak balita. Tanpa keyakinan itu ibu tidak akan melakukan suatu perilaku yang dianjurkan kepadanya.

Ningrum (2005) melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di puskesmas Banyudono Kabupaten Boyolali menyimpulkan bahwa pengetahuan ibu mempunyai pengaruh positif terhadap kelengkapan imunisasi dasar, yang berarti semakin baik pengetahuan ibu akan berpengaruh terhadap peningkatan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi. Faktor lain yang mempengaruhi kelengkapan imunisasi dasar pada penelitian ini adalah tingkat pendidikan ibu dan motivasi ibu.

Sedangkan menurut hasil penelitian Astari (2005) tentang pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada anak di desa Suci Panti Kabupaten Jember mendapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada anak.

2.5 Hubungan antara Sikap Ibu tentang Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi

Sikap merupakan reaksi seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Dari berbagai batasan tentang sikap dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Newcomb dalam Ali (2003) salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku.

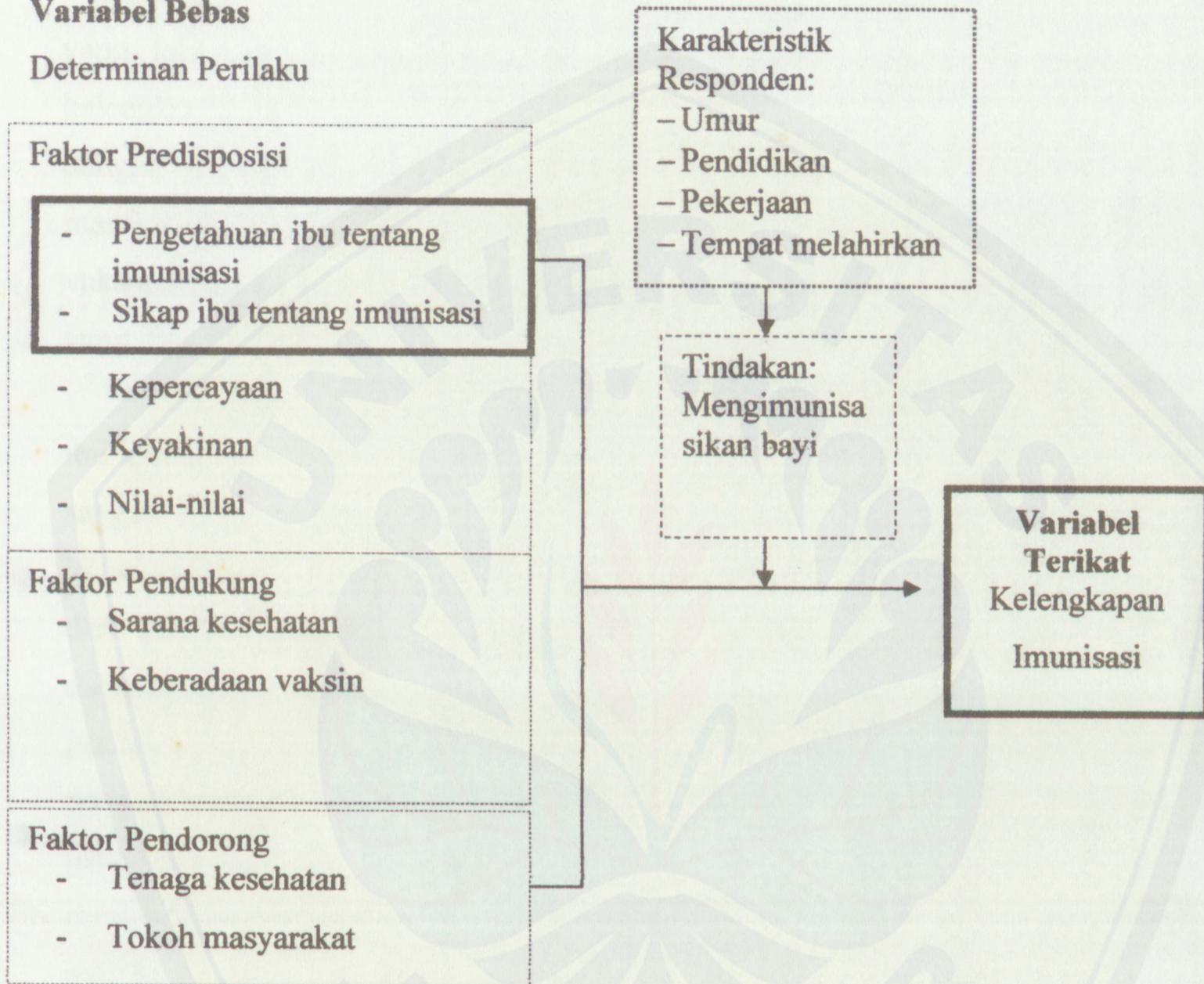
Penelitian Ali (2003), tentang pengetahuan, sikap dan perilaku ibu bekerja dan tidak bekerja tentang imunisasi menyebutkan bahwa sikap baik, kurang, dan buruk

2.6 Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian

2.6.1 Kerangka Konseptual

Variabel Bebas

Determinan Perilaku



Gambar 2.4 Kerangka Konseptual Penelitian

Berdasarkan teori yang telah diuraikan sebelumnya maka peneliti mencoba membuat suatu kerangka konseptual mengenai pengetahuan dan sikap ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayinya. Kerangka ini

berdasarkan teori L.W.Green tentang determinan perilaku, variabel pengetahuan dan sikap merupakan faktor predisposisi yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi dasar dan diteliti sebagai variabel bebas. Sedangkan untuk variabel bebas yang lain adalah faktor pendukung dan pendorong yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi dasar namun tidak diteliti. Pengetahuan disini berhubungan dengan pemahaman ibu mengenai imunisasi yaitu meliputi pengertian imunisasi, manfaat imunisasi, jenis-jenis vaksin, jarak pemberian vaksin, berapa kali pemberian vaksin, tempat pemberian imunisasi, penyakit yang ingin dicegah, dan reaksi samping yang ditimbulkan.

Sedangkan sikap yang dimaksud disini yaitu reaksi yang masih tertutup dari ibu mengenai pentingnya imunisasi. Reaksi dinyatakan dengan suatu pernyataan sangat setuju, setuju, netral, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Kelengkapan imunisasi dasar merupakan tindakan atau praktek yang dilakukan sebagai perwujudan dari pengetahuan dan sikap yang dimiliki oleh ibu. Menurut teori yang telah dikemukakan sebelumnya tindakan itu merupakan perwujudan dari perubahan perilaku. Perubahan perilaku seseorang merupakan suatu penerimaan atau pengadopsian perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap, yakni pengukuran pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang. Secara teori perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan yakni melalui proses perubahan perilaku berdasarkan teori yang dikemukakan L. Green :

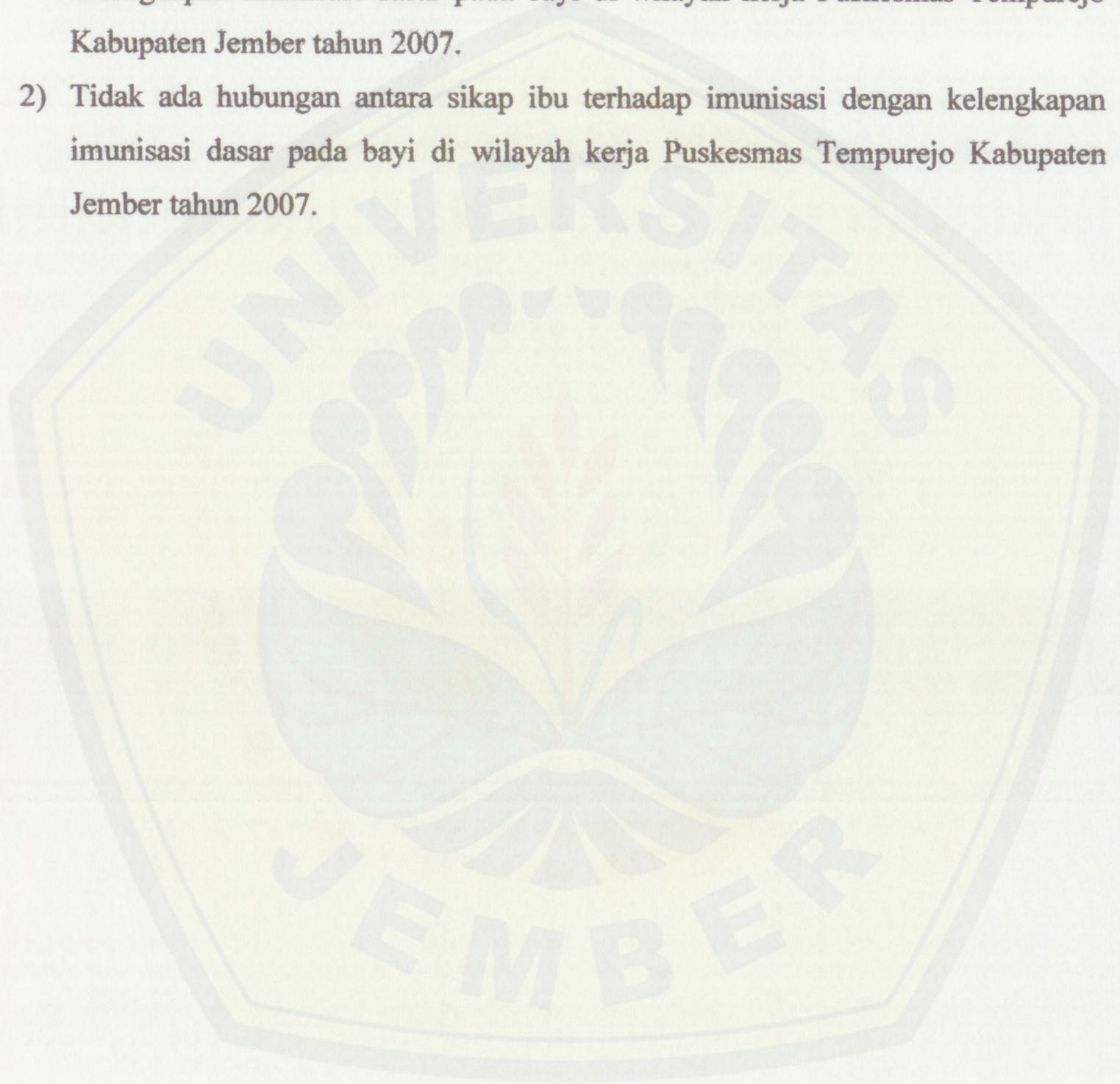
Pengetahuan (*knowledge*) ———— Sikap (*Attitude*) ———— Praktek (*practice*)
atau “KAP” (PSP). Variabel terikat dalam penelitian adalah kelengkapan imunisasi dasar bayi sebagai wujud peran aktif ibu bayi dalam memberikan perlindungan dari berbagai penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi.

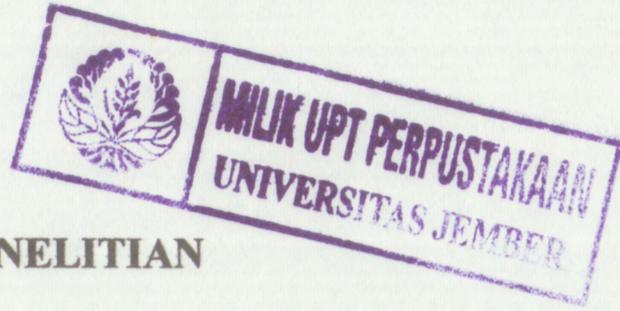
2.6.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran, sebagaimana adanya pada saat fenomena dikenal dan merupakan dasar

kerja serta panduan dalam verifikasi (Nasir, 2003). Berdasarkan kerangka konseptual diatas maka hipotesis yang diujikan dalam penelitian ini adalah:

- 1) Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007.
- 2) Tidak ada hubungan antara sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007.





BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan model penelitian survei yang bersifat analitik dengan pendekatan *cross sectional* dimana data yang menyangkut sebab atau risiko dan variabel terikat atau variabel akibat yang ada pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan (dalam waktu bersamaan). Sedangkan survei analitik *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*), artinya setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status atau variable subjek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2002).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo, Kabupaten Jember, karena daerah ini merupakan daerah dengan tingkat kelengkapan imunisasi dasar terendah dari 49 Puskesmas yang berada di Kabupaten Jember pada tahun 2006. Penelitian dilaksanakan pada bulan September 2007.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki bayi usia satu tahun sampai dengan bulan Agustus 2007 dan bertempat tinggal di Wilayah kerja Puskesmas Tempurejo, Kabupaten Jember serta memiliki KMS. Besar populasi pada penelitian ini adalah 65 ibu yang tersebar pada 4 desa, dengan rincian sebagai berikut: Desa Tempurejo sebanyak 20 ibu, Desa Curah Takir sebanyak 15 ibu, Desa Sidodadi sebanyak 15 ibu, Desa Pondokrejo sebanyak 15 ibu.

3.3.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian atau seluruh anggota yang diambil dari seluruh objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005). Adapun sampel yang dipergunakan dalam penelitian adalah seluruh ibu yang memiliki bayi tepat berusia satu tahun pada bulan Agustus 2007 dan terdaftar di Puskesmas Tempurejo yaitu sebanyak 65 ibu. Hal ini didasarkan pada pendapat Arikunto (2000) " bahwa untuk sekedar ancer-ancer maka apabila subjeknya kurang dari seratus orang maka lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi".

Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti dalam pengambilan sampel menggunakan metode sampling jenuh atau sensus. Sampling jenuh atau sensus menurut Sugiono (2003) adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Jumlah sampel atau populasi di Puskesmas Tempurejo ini adalah sebanyak 65 ibu yang memiliki bayi berusia satu tahun pada bulan Agustus tahun 2007.

3.4 Variabel, Definisi Operasional, dan Teknik Pengumpulan Data

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional dan Teknik Pengumpulan Data

| Variabel | Definisi Operasional | Teknik Pengumpulan Data | Skala Data | Skor dan Kategorisasi |
|-------------------|--|-------------------------|------------|-----------------------|
| Karakteristik Ibu | Ciri-ciri yang dimiliki responden sebagai bagian dari identitasnya | Wawancara | Nominal | |
| Usia | Usia responden saat dilakukan wawancara terhitung sejak ulang tahun terakhir | Wawancara | Interval | |

| Variabel | Definisi Operasional | Teknik Pengumpulan Data | Skala Data | Skor dan Kategorisasi |
|-----------------------|---|-------------------------|------------|--|
| Pendidikan | Jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh oleh responden | Wawancara | Ordinal | Kategori: a. Rendah : tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD, dan tidak tamat SMP. b. Sedang : tamat SMP dan tidak tamat SMU c. Tinggi : tamat SMU, Akademi, PT (Dedi, 2006) |
| Jenis Pekerjaan | Mata pencaharian yang dimiliki oleh responden untuk mendapatkan sumber ekonomi atau penghasilan utama | Wawancara | Nominal | Kategori: a. Tidak bekerja b. Bekerja Yang meliputi: a. PNS b. Wiraswasta c. Pedagang d. Petani e. Buruh tani c. Lain-lain |
| Tempat Ibu Melahirkan | Tempat dimana ibu memperoleh pertolongan persalinan bayinya | Wawancara | Nominal | a. Bayi lahir di rumah b. Bayi lahir di RS/RB/bidan praktek |
| Pengetahuan | Pengetahuan responden tentang imunisasi meliputi: pengertian imunisasi, manfaat imunisasi, jenis-jenis vaksin, jarak pemberian vaksin, berapa kali pemberian vaksin, tempat pemberian | Wawancara | Ordinal | Pengetahuan responden tentang imunisasi diukur dengan 25 pertanyaan: <u>Skor pada item ini:</u> a. Benar: 1 b. Salah: 0 <u>Kategori pada tahap ini:</u> a. Nilai tertinggi: 25 b. Nilai terendah: 0 c. 1:3 nilai tertinggi =8,3 |

| Variabel | Definisi Operasional | Teknik Pengumpulan Data | Skala Data | Skor dan Kategorisasi |
|----------|--|-------------------------|------------|---|
| | imunisasi, penyakit yang ingin dicegah dengan imunisasi dan reaksi samping yang timbul akibat imunisasi | | | <p>d. 2:3 nilai tertinggi =16,6</p> <p><u>Ketentuan skor total:</u></p> <p>a. Tingkat pengetahuan Tinggi jika Skor (16,7 – 25)</p> <p>b. Tingkat pengetahuan sedang jika skor (8,4 – 16,6)</p> <p>c. Tingkat pengetahuan rendah jika skor (0 – 8,3)</p> <p>(Arikunto, 2002)</p> |
| Sikap | Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari ibu terhadap pernyataan mengenai manfaat, kegunaan, pencarian informasi, kemudahan memperoleh pelayanan imunisasi. Sikap ini dapat berupa pernyataan positif dan negatif dan dinyatakan dalam skala Likert Jawaban responden terdiri dari sangat setuju, setuju, netral, tidak setuju dan sangat tidak setuju. | Wawancara | Ordinal | <p>Sikap responden tentang imunisasi diukur dengan 11 pernyataan.</p> <p><u>Skor tiap item untuk sikap positif (No. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11):</u></p> <p>a. Sangat setuju: 5</p> <p>b. Setuju: 4</p> <p>c. Netral: 3</p> <p>d. Tidak Setuju: 2</p> <p>e. Sangat tidak setuju: 1</p> <p><u>Sedangkan Skor tiap item untuk sikap negatif (No. 1,2,6,7):</u></p> <p>a. Sangat setuju: 1</p> <p>b. Setuju: 2</p> <p>c. Netral: 3</p> <p>d. Tidak Setuju: 4</p> <p>e. Sangat tidak setuju: 5</p> <p><u>Kategorisasi pada tahap ini:</u></p> <p>a. Nilai tertinggi: 55</p> <p>b. Nilai terendah: 11</p> <p>c. 1:3 nilai tertinggi =18,3</p> |

| Variabel | Definisi Operasional | Teknik Pengumpulan Data | Skala Data | Skor dan Kategorisasi |
|-----------------------------|--|-------------------------|------------|---|
| | | | | d. 2:3 nilai tertinggi =36,6 Ketentuan Skor total: a. Sikap menerima imunisasi jika skor (36,7 – 55 a. Sikap dianggap cukup menerima imunisasi jika skor (18,4 – 36,6) b. Sikap dianggap tidak menerima imunisasi jika skor (0 – 18,3) (Arikunto, 2002). |
| Kelengkapan Imunisasi Dasar | kelengkapan imunisasi dasar pada bayi merupakan pemberian semua jenis vaksin imunisasi dasar pada bayi sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. | Observasi KMS | Ordinal | a. Kategori lengkap jika pada saat bayi berusia 9 bulan telah mendapatkan semua jenis vaksin pada imunisasai dasar. b. Kategori tidak lengkap jika pada saat bayi berusia 9 bulan ada salah satu jenis vaksi yang belum diberikan. |

3.5 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.5.1 Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data ialah teknik atau cara-cara yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Metode (teknik atau cara) menunjuk suatu kata yang abstrak dan tidak diwujudkan dalam benda, tetapi hanya dapat dilihat pengunannya melalui: angket, wawancara, pengamatan, ujian (tes), dokumentasi dan lainnya. Dalam peneltian ini, teknik yang digunakan adalah metode wawancara.

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang atau sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Notoatmodjo, 2002).

3.5.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya. Selanjutnya instrumen yang diartikan sebagai alat bantu merupakan sarana yang dapat diwujudkan dalam bentuk benda (Riduwan, 2002). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana *interviewer* tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu. Dengan demikian kuesioner sering disebut "daftar pertanyaan" (Notoatmodjo, 2002). Kuesioner tersebut digunakan untuk mengukur pengetahuan ibu tentang imunisasi, sikap ibu tentang imunisasi dan kelengkapan imunisasi dasar.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini terdiri dari dua yaitu:

1. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasa dilakukan oleh peneliti (Sugiarto, 2003). Data primer yang dibutuhkan meliputi hasil jawaban responden dari pengisian kuesioner meliputi tingkat pengetahuan dan sikap ibu tentang imunisasi, sedangkan data kelengkapan imunisasi dasar diperoleh melalui observasi KMS. Jawaban kuesioner tentang pengetahuan ibu tentang imunisasi dan kelengkapan imunisasi dasar disesuaikan dengan tempat ibu memperoleh pertolongan persalinan bayi satu tahun yang lalu karena terdapat beberapa vaksin yang pemberiannya berbeda berdasarkan tempat pertolongan persalinan. Data yang terkumpul kemudian akan diolah oleh peneliti.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data primer yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram (Sugiarto, 2003). Dalam penelitian ini, data diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember berupa cakupan imunisasi pada tahun 2006 dan *kohort* bayi 2006.

3.6 Analisis Data

Analisis data merupakan kegiatan yang dilakukan untuk memperoleh hasil akhir yang digunakan baik untuk data primer maupun data sekunder dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Memeriksa kembali apakah semua data yang dikumpulkan dengan tujuan mengecek kembali apakah hasilnya sudah sesuai dengan rencana atau tujuan yang hendak di capai

2. Pemberian Nilai (*Scoring*)

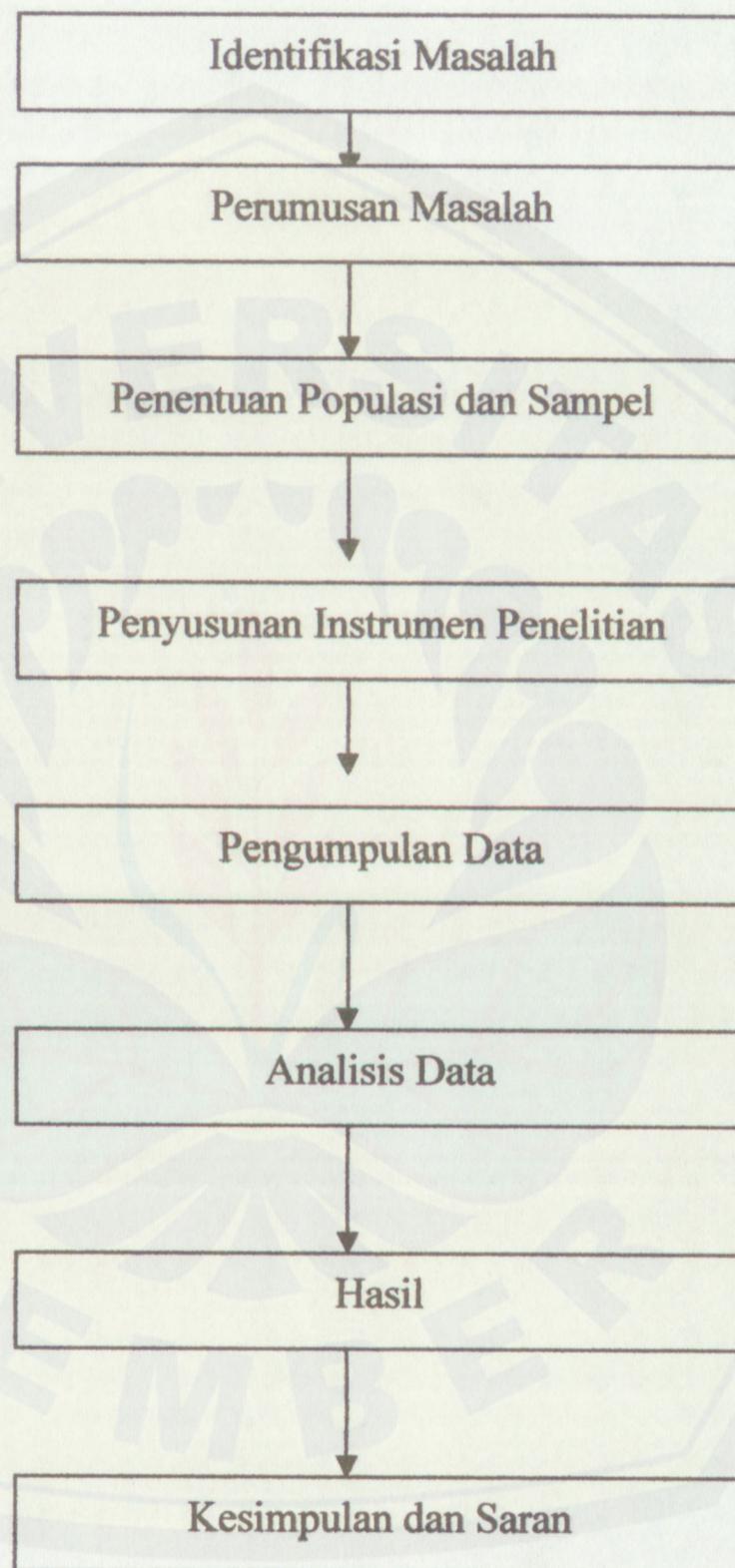
Untuk menentukan dari skor dari masing-masing responden

3. Analisis Statistik

Dalam penelitian, hasil tabulasi kemudian dianalisis dengan bantuan program SPSS 11,5 dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Pengambilan keputusan didasarkan pada angka signifikan atau dikatakan signifikan apabila p (hasil uji) kurang dari α (0,05) atau H_0 ditolak artinya kedua variabel tidak saling bebas (ada hubungan), dengan menggunakan uji Korelasi Spearman untuk mengetahui hubungan antar variabel yaitu untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi.

3.7 Kerangka Penelitian

Kerangka dari penelitian ini adalah:



Gambar 3.1 Kerangka Penelitian



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Wilayah kerja Puskesmas Tempurejo merupakan salah satu Puskesmas di wilayah Kabupaten Jember yang menyelenggarakan imunisasi pada anak, berada dalam wilayah hukum pemerintahan Kecamatan Tempurejo. Luas wilayah kerja Puskesmas Tempurejo mencapai 17.205.189 Km², secara umum memiliki kondisi geografis berupa dataran tinggi 70% dan dataran rendah 30% dengan tanah sawah dan perkebunan. Jumlah penduduk Kecamatan Tempurejo berdasarkan rekapitulasi tahun 2006 adalah 45.520 jiwa, terdiri dari 21.393 laki-laki dan 24.127 perempuan. Sebagian besar penduduknya bermata pencaharian sebagai petani dan buruh tani dengan pendidikan rata-rata Sekolah Dasar.

Wilayah kerja Puskesmas Tempurejo meliputi 4 desa yaitu: Desa Tempurejo, Pondokrejo, Curahtakir, dan Sidodadi. Sarana pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo terdiri dari 1 unit puskesmas induk, 3 unit puskesmas pembantu dan 53 unit posyandu. Sarana pelayanan kesehatan tersebut didukung oleh 1 orang dokter umum, 6 orang bidan, dan 8 orang perawat.

4.2 Gambaran Responden Penelitian

Pengumpulan data dilakukan selama bulan September 2007 di keempat desa yang menjadi wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kecamatan Tempurejo Kabupaten Jember pada ibu yang memiliki bayi berusia satu tahun pada bulan Agustus 2007 dan memiliki KMS sebanyak 65 orang.

4.2.1 Karakteristik Ibu Berdasarkan Umur

Persentase umur ibu terbanyak adalah antara umur 25–29 tahun yaitu sebanyak 27 responden (41,5%). Karakteristik ibu berdasarkan umur disajikan dalam tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Usia

| No | Kategori Umur (Tahun) | n | Persentase |
|--------|-----------------------|----|------------|
| 1. | 45 - 49 | 2 | 3,1 |
| 2. | 40 - 44 | 7 | 10,8 |
| 3. | 30 - 44 | 8 | 12,3 |
| 4. | 25 - 29 | 27 | 41,5 |
| 5. | 20 - 24 | 20 | 30,8 |
| 6. | 15 - 19 | 1 | 1,5 |
| Jumlah | | 65 | 100 |

Sumber: Data primer terolah, September 2007

4.2.2 Karakteristik Ibu Berdasarkan Pendidikan

Tingkat pendidikan ibu dikategorikan menjadi tiga yaitu tingkat pendidikan tinggi, sedang dan rendah. Berdasarkan hasil wawancara sebagian besar ibu yaitu sebanyak 28 responden (43,1%) berpendidikan rendah yaitu tidak sekolah, sekolah tapi tidak tamat SD, dan tamat SD/ sederajat. Karakteristik ibu berdasarkan pendidikan disajikan dalam tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu berdasarkan Pendidikan

| No | Kategori Pendidikan | n | Persentase |
|--------|---------------------|----|------------|
| 1. | Tinggi | 14 | 21,5 |
| 2. | Sedang | 23 | 35,4 |
| 3. | Rendah | 28 | 43,1 |
| Jumlah | | 65 | 100 |

Sumber: Data primer terolah, September 2007

Faktor pendidikan merupakan salah satu faktor yang cukup menentukan pengetahuan dan sikap seseorang sehingga akan mempengaruhi tindakannya. Dalam hal ini pengetahuan dan sikap ibu tentang imunisasi dan tindakan mengimunisasikan bayi sesuai dengan jadwal. Menurut Permata (2002), pendidikan adalah variabel yang memiliki peran yang cukup penting bagi seseorang terutama dalam mengambil keputusan terhadap suatu masalah. Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin baik pula tingkat pengetahuan yang dimiliki terkait dengan imunisasi. Tingkat pendidikan responden yang di dominasi oleh pendidikan rendah, namun memiliki pengetahuan yang tinggi tentang imunisasi hal ini dimungkinkan karena pengetahuan seseorang tentang suatu hal tidak hanya

dapat diperoleh melalui pendidikan formal saja melainkan dapat pula diperoleh dari pendidikan nonformal dan informal.

4.2.3 Karakteristik Ibu Berdasarkan Status Pekerjaan

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa 47 responden (72,3%) adalah ibu rumah tangga atau tidak bekerja. Sedangkan 18 responden (27,7%) bekerja diluar rumah. Karakteristik ibu berdasarkan status pekerjaan disajikan dalam tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Status Pekerjaan

| No | Status Pekerjaan | n | Persentase |
|----|------------------|----|------------|
| 1. | Tidak Bekerja | 47 | 72,3 |
| 2. | Bekerja | 18 | 27,7 |
| | Jumlah | 65 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, September 2007

Status pekerjaan responden juga merupakan salah satu faktor yang cukup menentukan tindakan. Dalam hal ini jenis pekerjaan akan mempengaruhi tindakan ibu untuk mengimunitasikan bayinya sesuai dengan jadwal yang dapat dilihat dari kelengkapan imunisasi dasar pada bayi. Jenis pekerjaan ibu dikategorikan menjadi dua yaitu ibu bekerja dan ibu tidak bekerja (ibu rumah tangga). Persentase responden yang tidak bekerja dalam penelitian ini sebanyak 47 responden (72,3%). Dalam penelitian ini jenis pekerjaan tidak diteliti hubungannya dengan kelengkapan imunisasi dasar karena baik ibu bekerja dan ibu tidak bekerja memiliki kesempatan yang sama untuk membawa bayinya ke posyandu untuk diimunitasikan. Hal ini dikarenakan jadwal kegiatan posyandu di wilayah kerja puskesmas Tempurejo disesuaikan dengan kondisi geografis setempat. Misalnya untuk daerah perkebunan yang mayoritas penduduknya bekerja sebagai pekerja perkebunan pada perkebunan tersebut maka jadwal posyandu mulai dilaksanakan siang hari setelah para ibu kembali dari tempat kerja. Hal ini di jumpai pada desa Pondokrejo dan Curah takir. Sedangkan untuk daerah yang bukan perkebunan seperti Tempurejo dan Sidodadi jadwal posyandu dilaksanakan pagi hari. Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian

Ali (2003) menyatakan ibu yang tidak bekerja memiliki perilaku yang lebih baik mengenai imunisasi daripada ibu yang bekerja. Dalam penelitian ini diketahui alasan mengapa ibu tidak bekerja memiliki perilaku mengenai imunisasi yang lebih baik mengenai imuisasi karena terkait dengan kesempatan untuk membawa bayi ke posyandu.

4.2.4 Karakteristik Ibu Berdasarkan Tempat Ibu Melahirkan

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa 38 responden (58,5%) melahirkan di pelayanan kesehatan yang meliputi Bidan praktek, Rumah Bersalin dan Rumah Sakit. Karakteristik ibu berdasarkan tempat ibu melahirkan disajikan dalam tabel 4.4 sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Berdasarkan Tempat Ibu Melahirkan

| No | Tempat Ibu melahirkan | n | Persentase |
|--------|--|----|------------|
| 1. | Pelayanan Kesehatan (Bidan Praktek, Rumah Bersalin, dan Rumah Sakit) | 38 | 58,5 |
| 2. | Rumah | 27 | 41,5 |
| Jumlah | | 65 | 100 |

Sumber: Data primer terolah, September 2007

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa ibu yang melahirkan dirumah persalinannya di tolong oleh bidan sebanyak 18 orang (66,7%). Karakteristik ibu berdasarkan Penolong Persalinan dari Ibu yang melahirkan di rumah disajikan dalam tabel 4.5 sebagai berikut:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu berdasarkan Penolong Persalinan dari Ibu yang melahirkan di Rumah

| No | Tempat Ibu melahirkan | n | Persentase |
|--------|-----------------------|----|------------|
| 1. | Di tolong oleh bidan | 18 | 66,7 |
| 2. | Di tolong oleh dukun | 9 | 33,3 |
| Jumlah | | 27 | 100 |

Sumber: Data primer terolah, September 2007

Tempat ibu memperoleh persalinan digunakan sebagai acuan jadwal dalam pemberian imunisasi pada bayi karena menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/MENKES/SK/XI/2005 jadwal pemberian imunisasi dibedakan antara bayi yang lahir di rumah dengan bayi yang lahir di tempat

pelayanan kesehatan. Misalnya untuk bayi yang lahir di rumah pada usia 0 bulan diberikan imunisasi Hepatitis B saja sedangkan untuk bayi yang lahir di tempat pelayanan kesehatan pada usia 0 bulan sudah diberikan imunisasi Hepatitis B, Polio 1 serta BCG. Karena tempat ibu melahirkan hanya digunakan sebagai acuan jadwal pemberian imunisasi dan hal ini terkait dengan jawaban responden dalam mengisi kuesioner, sehingga dalam penelitian ini tempat ibu melahirkan tidak diteliti hubungannya dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi.

4.2.5 Tingkat Pengetahuan Responden tentang Imunisasi

Pengetahuan responden dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang imunisasi. Pengetahuan responden tentang imunisasi meliputi: pengertian imunisasi, manfaat imunisasi, jenis-jenis vaksin, jarak pemberian vaksin, berapa kali pemberian vaksin, tempat pemberian imunisasi, penyakit yang ingin dicegah dengan imunisasi, dan reaksi samping yang timbul akibat imunisasi. Pengetahuan responden tentang imunisasi diukur dengan 25 pertanyaan.

Kategori pengetahuan ibu dibagi dalam tiga kategori yaitu tingkat pengetahuan tinggi, sedang, dan rendah. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 34 responden (47,7%) memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang imunisasi dan tidak ada satupun responden yang memiliki pengetahuan rendah. Distribusi frekuensi pengetahuan ibu berdasarkan tingkat pengetahuan tentang imunisasi disajikan dalam tabel 4.6 sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang Imunisasi

| No | Tingkat Pengetahuan | n | Persentase |
|--------|---------------------|----|------------|
| 1. | Tinggi | 34 | 52,3 |
| 2. | Sedang | 31 | 47,7 |
| 3. | Rendah | - | - |
| Jumlah | | 65 | 100 |

Sumber: Data primer terolah, September 2007

Pengetahuan merupakan kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*belief*), takhyul (*superstition*) dan keterangan-keterangan yang keliru (*misinformation*).

Pengetahuan kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Menurut Permata (2002), pengetahuan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik tentang suatu hal, maka ia cenderung akan mengambil keputusan yang lebih tepat berkaitan dengan masalah tersebut dibandingkan dengan mereka yang berpengetahuan rendah sehingga mereka yang berpengetahuan tinggi cenderung membawa bayinya untuk diimunisasikan sesuai dengan jadwal.

Pengetahuan responden dalam penelitian ini adalah pengetahuan yang sudah diketahui dan dipahami oleh responden. Tahu yang berarti mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh materi imunisasi yang pernah diketahui dan memahami yang berarti dapat menginterpretasikan materi imunisasi secara benar yang meliputi jadwal menurut usia bayi serta frekuensi vaksin yang harus diberikan kepada bayi.

Pengetahuan seseorang tentang kesehatan dapat diperoleh melalui pendidikan, namun jika dilihat dari tingkat pendidikan responden yang sebagian besar adalah berpendidikan rendah (43,1%), hal ini berarti bahwa pengetahuan seseorang tentang kesehatan tidak hanya diperoleh dari pendidikan formal saja namun dapat juga diperoleh dari pendidikan nonformal dan informal. Pendidikan formal adalah pendidikan yang berlangsung secara teratur, bertingkat dan mengikuti syarat-syarat tertentu yang berlangsung disekolah. Sedangkan dalam pendidikan non formal, pengetahuan tentang kesehatan diperoleh melalui kegiatan diluar lingkungan sekolah dan keluarga, misalnya dalam pergaulan sehari-hari. Pengetahuan kesehatan juga dapat diperoleh dari pendidikan informal, dimanana informasi diperoleh secara langsung maupun tidak langsung ditengah keluarga atau lingkungan sekitar, misalnya melalui ceramah, penyuluhan-penyuluhan oleh petugas kesehatan atau melalui informasi media massa

4.2.6 Sikap Responden terhadap Imunisasi

Sikap responden terhadap imunisasi merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari ibu terhadap pernyataan mengenai manfaat, kegunaan, pencarian informasi, kemudahan memperoleh pelayanan imunisasi. Sikap responden tentang imunisasi diukur dengan 11 pernyataan.

Sikap ibu tentang imunisasi dikategorikan menjadi sikap menerima imunisasi, sikap cukup mendukung imunisasi dan sikap menolak terhadap imunisasi. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 54 (83,1%) memiliki sikap menerima terhadap imunisasi dan tidak ada satupun responden memiliki sikap yang menolak terhadap imunisasi. Distribusi frekuensi ibu berdasarkan sikap ibu terhadap imunisasi disajikan dalam tabel 4.7 sebagai berikut:

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Ibu Berdasarkan Sikap terhadap Imunisasi

| No | Sikap terhadap Imunisasi | n | Persentase |
|--------|---------------------------|----|------------|
| 1. | Menerima imunisasi | 54 | 83,1 |
| 2. | Cukup mendukung imunisasi | 11 | 16,9 |
| 3. | Menolak imunisasi | - | - |
| Jumlah | | 65 | 100 |

Sumber: Data primer terolah, September 2007

Peranan pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi cukup penting dalam membentuk sikap yang utuh. Oleh karena itu pengetahuan tinggi tentang imunisasi yang dimiliki responden tidak secara langsung membentuk sikap yang juga berkategori mendukung imunisasi dasar karena menurut Allport (dalam Notoatmodjo, 2007), bahwa sikap mempunyai empat komponen pokok yaitu kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek dan kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Sedangkan menurut Azwar (1995) faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu sehingga kemungkinan sikap ibu yang sebagian besar mendukung imunisasi dasar diperoleh melalui pengalaman pribadi dan atau orang lain yang dianggap penting, atau juga karena tersedianya fasilitas.

4.2.7 Kelengkapan Imunisasi Dasar

Kelengkapan imunisasi dasar merupakan pemberian semua jenis vaksin imunisasi dasar pada bayi sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Penilaian kelengkapan imunisasi dasar berdasarkan catatan dalam KMS (Kartu Menuju Sehat), dengan ketentuan lengkap jika vaksin diberikan sesuai jumlah dan jadwal. Dari hasil penelitian diketahui bahwa dari 65 responden yang imunisasi dasar pada anaknya lengkap sebanyak 57 orang (87,7%). Distribusi kelengkapan imunisasi dasar disajikan dalam tabel 4.8 sebagai berikut:

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi

| No | Tingkat Kelengkapan Imunisasi Dasar | n | Persentase |
|----|-------------------------------------|----|------------|
| 1. | Lengkap | 57 | 87,7 |
| 2. | Tidak Lengkap | 8 | 12,3 |
| | Jumlah | 65 | 100 |

Sumber: Data Primer Terolah, September (2007)

Seseorang setelah mengalami stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya. Inilah yang disebut praktik perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Tindakan atau praktek yang berhubungan dengan imunisasi yaitu dengan membawa bayi ke posyandu untuk diimunisasikan sesuai jadwal dan jumlah vaksin yang harus diterima bayi yang akan berpengaruh terhadap kelengkapan imunisasi dasar pada bayi. Dalam hal ini tindakan atau praktik yang berhubungan dengan imunisasi merupakan tindakan atau praktik yang termasuk dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Imunisasi dasar yang lengkap sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/MENKES/SK/XI/2005 tentang pedoman penyelenggaraan imunisasi terdiri dari BCG 1X, Polio 4X, Campak 1X, DPT 3X, dan HB 4 X. Jadwal imunisasi diatas perlu diikuti, hal ini berkenaan dengan kemampuan bayi (penerima vaksin) atau sekaligus perkembangan daya kekebalan yang dimilikinya (Achmadi, 2006).

Terdapat perbedaan jadwal pemberian imunisasi antara bayi yang lahir di rumah dengan bayi yang lahir di pelayan kesehatan. Untuk bayi yang lahir di tempat pelayanan kesehatan pada saat berusia 0 bulan bayi diberi imunisasi HB-1, Polio dan BCG. Hal ini dikarenakan HB-1 harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, Apabila status HbsAg-B ibu positif, dalam waktu 12 jam setelah lahir diberikan HBIg 0,5 ml bersamaan dengan vaksin HB-1. Apabila semula status HbsAg ibu tidak diketahui dan ternyata dalam perjalanan selanjutnya diketahui bahwa ibu HbsAg positif maka masih dapat diberikan HBIg 0,5 ml sebelum bayi berumur 7 hari, sedangkan vaksin Polio 1 diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain). Untuk bayi yang lahir dirumah pada saat berusia 0 bulan hanya di berikan satu vaksin yaitu vaksin HB-1, sedangkan vaksin BCG dan Polio 1 diberikan saat bayi berusia 1 bulan (Soedjatmiko, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian 57 responden (87,7%) memberikan imunisasi lengkap dan sesuai jadwal pada bayinya. Sedangkan sisanya yaitu 8 responden (12,3%) termasuk dalam kategori imunisasi dasar diberikan tidak lengkap, seperti vaksinasi campak dan BCG tidak diberikan, DPT dan Polio hanya 2 kali diberikan, hal ini menurut Nurfiati (1997) dimungkinkan karena ibu balita terdorong oleh rasa malas dan kurang memperhatikan anak balitanya yang seharusnya diimunisasikan sesuai dengan umur dan jenis vaksinasinya.

4.3 Hubungan antara Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengideraan terhadap suatu objek tertentu. Pengideraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2007). Menurut Permata (2002), pengetahuan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan

keputusan. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik tentang suatu hal, maka ia cenderung akan mengambil keputusan yang lebih tepat berkaitan dengan masalah tersebut dibandingkan dengan mereka yang berpengetahuan rendah sehingga mereka yang berpengetahuan tinggi cenderung membawa bayinya untuk diimunisasikan sesuai dengan jadwal.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa hubungan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 33 responden (50,8%) memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang imunisasi dan dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi kategori lengkap. Distribusi frekuensi berdasarkan hubungan antara pengetahuan dengan kelengkapan imunisasi dasar disajikan dalam tabel 4.9 sebagai berikut:

Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan antara Pengetahuan dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar

| No | Tingkat Pengetahuan | Kelengkapan Imunisasi Dasar | | | | Jumlah | |
|--------|---------------------|-----------------------------|------|---------------|------|--------|------|
| | | Lengkap | | Tidak Lengkap | | n | % |
| | | n | % | n | % | | |
| 1. | Tinggi | 33 | 50,8 | 1 | 1,5 | 34 | 52,3 |
| 2. | Sedang | 24 | 36,9 | 7 | 10,8 | 31 | 47,7 |
| 3. | Rendah | - | - | - | - | - | - |
| Jumlah | | 57 | 87,7 | 8 | 12,3 | 65 | 100 |

Sumber: Data primer terolah, September 2007

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa masih ada satu responden (1,5%) yang memiliki pengetahuan tinggi tentang imunisasi namun memiliki kelengkapan imunisasi dasar tergolong tidak lengkap. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa alasan ibu tidak memberikan imunisasi dasar secara lengkap karena pada saat kegiatan imunisasi tepatnya imunisasi campak, anak ibu tersebut dalam kondisi sakit sehingga tidak dapat diberikan imunisasi campak pada saat itu. Dan juga didorong oleh jarak yang jauh dengan posyandu, sehingga pada bulan berikutnya ibu tersebut tidak memberikan imunisasi campak pada bayinya. Pengetahuan yang tinggi tentang suatu hal yang tidak diikuti oleh tindakan yang baik pula, dalam hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan seseorang tidak selalu memotivasi perilaku logika, yang berarti bahwa pengetahuan yang tinggi belum tentu akan menghasilkan perilaku yang

positif (Gunarsa, 2003) yang dalam hal ini pengetahuan yang tinggi tentang imunisasi belum tentu akan menghasilkan perilaku mengimunisasikan bayi sesuai dengan jadwal.

Hubungan antara pengetahuan ibu dengan kelengkapan imunisasi dasar dapat diketahui dengan melakukan uji *Spearman Rank Correlation* dengan α sebesar 0,05. Hasil uji *Spearman Rank Correlation* menunjukkan bahwa angka signifikansi hubungan pengetahuan dengan kelengkapan imunisasi dasar kurang dari α (0,05) yaitu sebesar 0,032. Berdasarkan hal tersebut maka H_0 ditolak dan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi (lampiran C)

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Imaningrum (2005) yang juga menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan praktek. Dalam hal ini praktek imunisasi pada bayi sesuai dengan jadwalnya.

4.4 Hubungan antara Sikap Ibu terhadap Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Newcomb dalam Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Seseorang akan bertindak menurut sikap yang diambalnya dan berani mempertanggungjawabkan atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko. Hal ini berarti jika seseorang memiliki sikap yang positif tentang sesuatu hal maka tindakan yang diambil juga akan bersifat positif. Namun adakalanya seorang individu mempunyai keyakinan dan melakukan tindakan yang tidak konsisten atau tidak sesuai dengan keyakinan yang mendasari sikap tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa hubungan antara sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar menunjukkan bahwa

sebagian besar responden yaitu sebanyak 52 responden (80%) memiliki sikap menerima terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi kategori baik. Distribusi frekuensi berdasarkan hubungan antara pengetahuan dengan kelengkapan imunisasi dasar disajikan dalam tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan antara Sikap Terhadap Imunisasi dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar Pada Bayi

| No | Sikap terhadap imunisasi | Kelengkapan Imunisasi Dasar | | | | Jumlah | |
|----|--------------------------|-----------------------------|------|---------------|------|--------|------|
| | | Lengkap | | Tidak Lengkap | | n | % |
| | | n | % | n | % | | |
| 1. | Menerima imunisasi | 52 | 80 | 2 | 3,1 | 54 | 83,1 |
| 2. | Cukup menerima imunisasi | 5 | 7,7 | 6 | 9,2 | 11 | 16,9 |
| 3. | Menolak imunisasi | - | - | - | - | - | - |
| | Jumlah | 57 | 87,7 | 8 | 12,3 | 65 | 100 |

Sumber: Data primer terolah, September 2007

Dari tabel diatas diketahui bahwa masih ada 2 responden (3,1%) yang menerima imunisasi namun masih memiliki kelengkapan imunisasi dasar kategori tidak lengkap. Hal ini dimungkinkan karena sikap tersebut belum menjamin bahwa ibu akan berperilaku positif dengan membawa bayinya untuk diimunisasi sesuai dengan jadwalnya karena sikap masih merupakan reaksi tertutup. Hal tersebut sesuai pernyataan Notoatmodjo, (2007) bahwa sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Pernyataan tersebut juga didukung oleh postulat variasi independen (dalam Azwar, 2003) yang mengatakan bahwa tidak ada alasan untuk menyimpulkan bahwa sikap dan perilaku berhubungna secara konsisten karena sikap dan perilaku merupakan dua dimensi dalam diri individu yang berdiri sendiri, terpisah, dan berbeda. Mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi perilaku.

Peranan pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi sangat penting dalam membentuk sikap yang utuh. Oleh karena itu tinggi yang dimiliki responden tidak secara langsung membentuk sikap yang juga berkategori mendukung imunisasi dasar karena menurut Allport (dalam Notoatmodjo, 2007), bahwa sikap mempunyai empat komponen pokok yaitu kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap

objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap objek dan kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*). Sedangkan menurut Azwar (1995) faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu sehingga kemungkinan sikap ibu yang sebagian besar mendukung imunisasi dasar diperoleh melalui pengalaman pribadi dan atau orang lain yang dianggap penting, atau juga karena tersedianya fasilitas karena menurut notoatmodjo (2007), untuk mewujudkan sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas.

Hubungan antara sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayinya dapat diketahui dengan melakukan uji *Spearman Rank Correlation* dengan α sebesar 0,05. Hasil uji *Spearman Rank Correlation* menunjukkan bahwa angka signifikansi hubungan sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi kurang dari α yaitu sebesar 0,010 berdasarkan hal tersebut maka H_0 ditolak dan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo (lampiran C). Hal ini sesuai pernyataan Zuraini (2005) mengenai postulat konsistensi, yaitu sikap verbal merupakan petunjuk akurat untuk memprediksikan apa yang akan dilakukan seseorang bila dihadapkan pada suatu objek sikap. Diasumsikan, adanya hubungan langsung antara sikap dengan tindakan, misalnya orang yang ekstrim cenderung berperilaku (bertindak) didominasi keekstriman sikapnya begitu juga dengan sikap ibu terhadap imunisasi yang positif akan diikuti oleh tindakan yang positif juga.

Sikap merupakan pilihan antara setuju dan tidak setuju yang mempengaruhi perilaku mengimunitasikan bayi, namun pada akhirnya perilaku tersebut masih dipengaruhi oleh komponen lain yang menjadi pertimbangan individu. Sikap memiliki segi motivasi untuk bertindak, yaitu segi dinamis menuju kesatu tujuan. Sikap yang disertai oleh kesediaan dan kecenderungan bertindak sesuai dengan

pengetahuan merupakan sikap yang berbeda dari kebiasaan tingkah laku (Gerungan, 2000). Dalam hal ini sikap negatif ibu akan menimbulkan penolakan terhadap tindakan *preventive* imunisasi pada bayinya, sedang sikap positif menyebabkan ibu melakukan sesuatu sesuai informasi mengenai tindakan *preventive* imunisasi yang diterimanya.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Sudjatmoko (2001), Arifanti (2003), Pancawati (2003), Prihatina (2003), Imaningrum (2005) yang juga menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan praktek. Dalam hal ini praktek imunisasi pada bayi yang kemudian memberikan dampak kelengkapan imunisasi dasar. Adanya hubungan ini karena sikap mendasari terjadinya suatu tindakan. Gerungan (2000) menyatakan peranan sikap didalam kehidupan manusia adalah peranan besar sebab apabila sudah dibentuk pada diri manusia, maka tahap-tahap itu akan turut menentukan cara-cara tingkah lakunya terhadap objek-objek yang disikapinya.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dari penelitian hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Tempurejo Kecamatan Tempurejo Kabupaten Jember tahun 2007, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penelitian menunjukkan sebagian besar responden memiliki kategori umur dalam interval 25–29 tahun, berpendidikan rendah, memiliki status pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, memperoleh pertolongan persalinan di tempat pelayanan kesehatan, memiliki tingkat pengetahuan tinggi tentang imunisasi, memiliki sikap yang menerima terhadap imunisasi, memiliki kelengkapan imunisasi dasar pada bayi kategori lengkap.
2. Ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi.
3. Ada hubungan antara sikap ibu terhadap imunisasi dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi

5.2 Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember masih perlu terus melakukan upaya pemberian informasi kepada para ibu melalui berbagai penyuluhan oleh bidan atau petugas kesehatan pada waktu kegiatan posyandu agar pengetahuan ibu semakin meningkat sehingga kelengkapan imunisasi dasar juga akan semakin meningkat.
2. Perlu dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan imunisasi dasar pada bayi dengan memasukkan faktor-faktor yang mempengaruhi seperti faktor kepercayaan, nilai-nilai, tingkat sosial ekonomi,

dan faktor lain seperti peran tokoh masyarakat yang belum diteliti dalam penelitian ini.



DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. 2006. *Imunisasi Mengapa Perlu?*. Jakarta: Penerbit buku Kompas
- Ali, M. *Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Bekerja dan Tidak Bekerja Tentang Imunisasi*. FK USU. Dalam [http:// digilib.usu.ac.id. imunisasi](http://digilib.usu.ac.id/imunisasi) [diakses 6 Desember 2006]
- Arianti, N.A. 2003. Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Praktek Kader Malaria dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Malaria di Kecamatan Madukara Kabupaten Banjarnegara. *Skripsi*. <http://www.fkm-undip.or.id/data/index.phpaction=4&1dx=B2> [diakses 15 September 2007]
- Arifin, A. 1998. *Studi Evaluasi Pengembangan Buku KIA di Propinsi Jawa Tengah*. Dalam <http://www.digilib.litbang.depkes.go.id/p>. [diakses 19 September 2007]
- Arikunto, S. 2000. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Asdi Mahasatya
- Astari, L. F. 2005. Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi dan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Anak di Desa Suci Panti Kecamatan Panti Jember. *Skripsi*. Program Studi Pendidikam Dokter Universitas Jember: Jember
- Azwar, S. 2003. *Sikap Manusia*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset
- Bustan, MN. 1997. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Darmansjah, I. 2006. *Imunisasi Anak dan Penyakit Kronis*. Dalam <http://www.Iwandarmansjah.web.id/medical.php?id=161> [diakses 6 Desember 2006]
- Dedi. 2006. *Mencari Konsep Pendidikan Nasional*. Dalam [http://dedi-maestro.blogspot.com/2006/mencari konsep.pendidikan nasional.http](http://dedi-maestro.blogspot.com/2006/mencari_konsep.pendidikan_nasional.http) [diakses 4 September 2007]
- Depkes, RI. 2002. *Pedoman Pelaksanaan Imunisasi DPT/HB Kombo*. Jakarta: Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan dan Sosial.
- Depkes, RI. 2002. *Pedoman Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan dan Sosial.

- Depkes, RI. 2002. *Pedoman Penggunaan Unijecte Hepaitis B*. Jakarta: Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan dan Sosial.
- Depkes, RI. 2005. *Profil Peran Serta Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan RI
- Depkes, RI. 2005. *Pedoman Teknis Pengelolaam Vaksin dan Rantai Vaksin*. Jakarta: Direktorat Jendral PPM & PL. Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Entjang, I. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Citra Aditya Bakti
- Gerungan. 2000. *Psikologi Sosial*. Bandung: PT Refika Adi Tama
- Hetty, L. 2002. Pengaruh Peran Aktif Kader Kesehatan terhadap Kelengkapan Imunisasi Dasar di Posyandu. *Skripsi*. UNS: Surakarta
- Idwar. 2000. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi Hepatits B pada Bayi 10-11 Bulan di Banda Aceh Besar Provinsi Daerah Istemewa Aceh*. Dalam <http://Library.usu.ac.id/download/Fakultas Kedokteran/anak-chaeruddin.pdf> [diakses 6 Desember 2006]
- Imaningrum, M. 2006. Pengaruh Tingkat Pengetahuan dan Sikap Ibu Bayi Penderita Campak tentang Penyakit Campak terhadap Tindakan Imunisasi pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Sumber Jambe Kabupaten Jember. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran Universitas Jember: Jember
- Iskriyanti, H. 2002. Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Ibu Rumah Tangga tentang PHBS dengan Praktek Kesehatan Keluarga dan Kesehata Lingkungan di Kelurahan Rejowinangon Kecamatan Kota Gede Kota Yogyakarta. *Skripsi*. <http://www.fkm-undip.or.id.data/index.php?action4&1dx=B2> [diakses 15 September 2007]
- Iswandi. 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Campak pada Anak Usia (9-59 Bulan) di Perkebunan Kelapa Sawit P.T. Musim Mas Kecamatan Pangkalan Lesung Kabupaten Pelalawan Tahun 2002*. dalam <http://www.digilib.litbang.depkes.go.id/p>. [diakses 19 September 2007]
- Supranto, J. 2002. *Teknik Sampling untuk Survey dan Eksperimen*. Jakarta: Asdi Maha satya
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1116/ Menkes/SK/ XI/ 2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi

- Martodipuro, S. 1998. *Diktat Mata Kuliah Ilmu Kesehatan Anak Pediatri Sosial*. Jember: UNEJ
- Nazir, M. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Nelson, R. 2000. *Ilmu kesehatan Anak Bagian II*. Jakarta: EGC
- Ningrum. 2005. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kelengkapam Imunisasi Dasar pada Bayi di Puskesmas Banyudono Kabupaten Boyolali*. dalam <http://digilib.ums.ac.id>. imunisasi [diakses 6 Desember 2006]
- Notoatmodjo, S. 2003. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurfiati, N. U. 1997. Respon Masyarakat terhadap Pelaksanaan Posyandu (Suatu Studi Deskriptif di Desa Balerejo Kecamatan Kebonrejo Kabupaten Madiun). *Skripsi*. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember: Jember
- Pancawati, R. 2003. Hubungan antara Penjamah Makanan Mengenai Higiene dan Sanitasi Makanan dengan Sikap dan Praktek Penjamah Makanan dalam Higiene dan Sanitasi Makanan pada Jasa Boga di Kabupaten Semarang. *Skripsi*. <http://www.fkm-undip.or.id/data/index.php?action=4&1dx=B2>. [diakses 15 September 2007]
- Permata, S.P. 2002. *Hubungan Pendidikan, Pengetahuan Kesehatan Maternal, dan Pendapatan dengan Efektifitas Gerakan Sayang Ibu (GSI) dalam Meningkatkan Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Studi Kasus di Kecamatan Mande, Cilaku, dan Pacet Kabupaten Cianjur, Jawa Tengah)* { Serial on line} <http://geocities.com/ejurnal/files/lp/2002/100/pdf>. [diakses 15 September 2007]
- Poerwadarminta, WJS. 1996. *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
- Puskesmas Tempurejo. 2006. *Kohort Bayi 2006*. Jember: Puskesmas Tempurejo
- Riduwan. 2002. *Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Riyadi. 2003. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Kepala Keluarga (KK) Mengenai Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan Praktek Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) di Dusun Candi Desa Rowosari

Kabupaten Pemalang. Skripsi. <http://www.fkm-undip.or.id/data/index.php?action=4&1dx=B2>. [diakses 15 September 2007]

Sedarmayanti dan Hidayat, S. 2002. *Metodologi Penelitian*. Bandung: Mandar Maju

Soedjatmiko. 2007. *Benarkah Imunisasi Justru Membuat Anak Sakit?*. Dalam <http://www.Kompas.com/var1/kesh/0702/16/152102.htm> [diakses 6 Desember 2006]

Soekeksi, M. 1994. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Imunisasi Hepatitis B pada Bayi di Wilayah Puskesmas Banyu Urip Kodamadya Surabaya Tahun 1994*. Dalam <http://www.digilib.litbang.depkes.go.id/print.php%3Fid%3D%26site%3Ddigilib.litbang.depkes.go.id+pengetahuan+ibu&hl=id&ct=clnk&cd=8> [Diakses 19 September 2007]

Sudjana. 2005. *Metoda Statistika*. Bandung: Tarsito

Sulaiman, W. 2003. *Statistik Non Parametric Contoh Kasus dan Pemecahannya dengan SPSS*. Yogyakarta: Andi

Sugiarto, dkk. 2003. *Teknik Sampling Cetakan II*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

Sugiono. 2003. *Metodologi Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta

Wahab, A. S. dan Julia, M. 2002. *Sistem Imun, Imunisasi dan Penyakit Imun*. Jakarta: Widya Medika

Zuraini, J. A. 2005. *Hubungan Sikap Manusia dengan DBD?*. Dalam <http://www.indomeda.com.gpost/022005/24/opini/opini1.htm> [diakses 6 Desember 2006]

Lampiran A. Lembar *Informed Consent*

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :.....

Alamat :.....

No Telp/Hp :.....

Bersedia untuk dijadikan responden dalam penelitian yang berjudul
**“HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TENTANG
IMUNISASI DENGAN KELENGKAPAN IMUNISASI DASAR PADA BAYI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TEMPUREJO KABUPATEN JEMBER
TAHUN 2007”.**

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden
dalam penelitian ini dan akan menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember, September 2007

RESPONDEN

(.....)

Lampiran B. Kuesioner Penelitian



**KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP
IBU TERHADAP IMUNISASI DENGAN
KELENGKAPAN IMUNISASI DASAR PADA BAYI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TEMPUREJO
KABUPATEN JEMBER TAHUN 2007**

1. Nomor Kuesioner :
2. Kecamatan :
3. Desa :
4. Lokasi Penelitian :
5. Tanggal wawancara :

PETUNJUK PENGISIAN

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
 - b. Mohon jawab pertanyaan sejujur-jujurnya.
-

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Tanggal lahir/umur : 19 / tahun.
2. Pendidikan :
 - a. Tidak sekolah
 - b. tidak lulus SD
 - c. lulus SD
 - d. SMP
 - e. SMA
 - f. Akademi/PT

3. Pekerjaan :
 - a. Tidak Bekerja
 - b. PNS
 - c. Wiraswasta
 - d. Pedagang
 - e. Petani
 - f. Buruh tani
 - g. Lain-lain
4. Tempat melahirkan bayi: Rumah/Bidan/Puskesmas/Rumah sakit

B. PENGETAHUAN

1. Apa yang ibu ketahui tentang imunisasi?
 - a. suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit
 - b. Suatu usaha membuat bayi menjadi sakit
 - c. Suatu cara penyembuhan penyakit yang diderita oleh bayi
2. Berikut ini adalah manfaat pemberian imunisasi dasar pada bayi yang benar adalah?
 - a. Melindungi bayi dari penyakit menular
 - b. Melindungi orang tua dari penyakit menular
 - c. Membuat bayi menjadi demam
3. Dimanakah tempat memperoleh pelayanan imunisasi dasar pada bayi?
 - a. Posyandu, puskesmas, dokter praktek swasta, bidan praktek swasta
 - b. Di sekolahan
 - c. Di pasar dan terminal
4. Dimanakah pelayanan imunisasi dasar untuk bayi dapat diperoleh secara gratis?
 - a. Dokter praktek swasta
 - b. Posyandu dan puskesmas

- c. Bidan praktek swasta
5. Ada berapa jenis vaksin yang diberikan pada bayi dalam imunisasi rutin?
 - a. 5 jenis
 - b. 6 jenis
 - c. 7 jenis
 6. Imunisasi DPT/HB Kombo diberikan untuk mencegah penyakit apa?
 - a. Kaki lumpuh
 - b. Difteri, pertusis, tetanus
 - c. Hepatitis B
 7. Pada usia berapa imunisasi DPT/HB Kombo mulai diberikan pada bayi anda?
 - a. 0 bulan
 - b. 2 bulan
 - c. 11 bulan
 8. Berapa kali imunisasi DPT/HB Kombo diberikan pada bayi anda?
 - a. 3 X
 - b. 4 X
 - c. 1 X
 9. Bagaimana cara pemberian imunisasi DPT/HB Kombo?
 - a. Di suntikkan di paha
 - b. Di suntikkan di lengan
 - c. Di teteskan di mulut
 10. Pada usia berapa imunisasi BCG mulai diberikan pada bayi anda?
 - a. 0 bulan
 - b. 1 bulan
 - c. 2 bulan
 11. Berapa kali imunisasi BCG diberikan pada bayi anda?
 - a. 1 X
 - b. 2 X
 - c. 3 X

12. Imunisasi yang di berikan untuk mencegah penyakit TBC adalah?
 - a. BCG
 - b. Hepatitis
 - c. Campak
13. Bagaimana cara pemberian imunisasi BCG?
 - a. Suntikkan di lengan kanan
 - b. Suntikkan di lengan kiri
 - c. Suntikkan dipaha kanan
14. Untuk mencegah penyakit apakah imunisasi Polio?
 - a. Lumpuh
 - b. Kejang
 - c. Tetanus
15. Pada usia berapa imunisasi polio mulai diberikan pada bayi anda?
 - a. 0 bulan
 - b. 1 bulan
 - c. 2 bulan
16. Berapa kali imunisasi Polio diberikan pada bayi anda?
 - a. 2 X
 - b. 3 X
 - c. 4 X
17. Apakah efek samping dari pemberian imunisasi polio pada bayi anda?
 - a. Tidak memberikan efek samping
 - b. Bayi menjadi demam
 - c. Timbul benjolan pada bekas tempat suntikkan
18. Imunisasi campak bermanfaat untuk mencegah penyakit apa?
 - a. BCG
 - b. Hepatitis
 - c. Campak

19. Pada usia berapa imunisasi campak mulai diberikan pada bayi anda?
 - a. 2 bulan
 - b. 3 bulan
 - c. 9 bulan
20. Berapa kali imunisasi campak diberikan pada bayi anda?
 - a. 2 X
 - b. 3 X
 - c. 1 X
21. Bagaimana cara pemberian imunisasi campak?
 - a. Di suntikkan dilengan kiri atas
 - b. Diteteskan di mulut
 - c. Disuntikkan di paha
22. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah penyakit apa?
 - a. Hepatitis A
 - b. Hepatitis B
 - c. Hepetitis C
23. Pada usia berapa imunisasi hepatitis B mulai diberikan pada bayi anda?
 - a. 0 bulan
 - b. 2 bulan
 - c. 3 bulan
24. Bagaimana cara pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi anda?
 - a. Di suntikkan dilengan
 - b. Diteteskan di mulut
 - c. Disuntikkan di paha
25. Berapa kali imunisasi Hepetitis B diberikan pada bayi anda?
 - a. 2 X
 - b. 3 X
 - c. 4 X

C. SIKAP

❖ Silang (X) kolom yang merupakan jawaban yang sesuai dengan pendapat anda.

❖ Keterangan:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

R : Ragu-ragu

TS : Tidak Setuju

STS: Sangat Tidak Setuju

| No | Pernyataan | SS | S | R | TS | STS |
|----|--|----|---|---|----|-----|
| 1. | Manfaat memberikan imunisasi kepada bayi secara lengkap sesuai dengan jadwal ke pelayanan kesehatan sama saja dengan tidak memberikan imunsasi kepada bayi | | | | | |
| 2. | Ibu tidak perlu mengimunitasikan bayinya karena biayanya mahal | | | | | |
| 3. | Mencari informasi tentang imunisasi merupakan tugas ibu sebagai orangtua. | | | | | |
| 4. | Imunisasi adalah penting bagi kesehatan bayi anda | | | | | |
| 5. | Penyakit yang ingin dicegah dengan imunisasi adalah penyakit serius | | | | | |
| 6. | Imunisasi harus dihentikan selamanya bila timbul reaksi panas | | | | | |
| 7. | Imunisasi dilakukan hanya untuk | | | | | |

| No | Pernyataan | SS | S | R | TS | STS |
|-----|--|----|---|---|----|-----|
| 8. | mensukseskan program pemerintah Pemerintah harus memasyarakatkan program imunisasi | | | | | |
| 9. | Program imunisasi harus dikampanyekan secara luas agar diketahui oleh masyarakat. Promosi ini dapat dilakukan melalui media elektronik dan media cetak.. | | | | | |
| 10. | Imunisasi bukan merupakan satu-satunya alat pencegahan penyakit menular. | | | | | |
| 11. | Imunisasi bisa didapatkan di berbagai pelayanan kesehatan, termasuk di puskesmas | | | | | |

D. Kelengkapan Imunisasi Dasar (Observasi KMS)

Isilah kolom di bawah ini sesuai dengan tanggal pemberian imunisasi pada KMS bayi anda.

| Jenis imunisasi | Tanggal diberikan imunisasi | | | |
|-----------------|-----------------------------|--|--|--|
| BCG | | | | |
| DPT/HB Kombo | | | | |
| Campak | | | | |
| Polio | | | | |
| Hepatitis B | | | | |

Kategori Kelengkapan imunisasi dasar pada bayi (diisi oleh peneliti)

- a. Lengkap
- b. Tidak lengkap

Penutup

- Terima kasih atas kesediaan anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
- Semoga partisipasi anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan.

Lampiran C: Hasil Analisis Data

Correlations

| | | | Pengetahuan ibu tentang imunisasi | Sikap ibu terhadap imunisasi | Kelengkapan imunisasi dasar |
|----------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Spearman's rho | Pengetahuan ibu tentang imunisasi | Correlation Coefficient | 1,000 | ,391** | ,299* |
| | | Sig. (2-tailed) | . | ,001 | ,016 |
| | | N | 65 | 65 | 65 |
| | Sikap ibu terhadap imunisasi | Correlation Coefficient | ,391** | 1,000 | ,580** |
| | | Sig. (2-tailed) | ,001 | . | ,000 |
| | | N | 65 | 65 | 65 |
| | Kelengkapan imunisasi dasar | Correlation Coefficient | ,299* | ,580** | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,016 | ,000 | . |
| | | N | 65 | 65 | 65 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

UMUR

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 19 | 1 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 20 | 3 | 4,6 | 4,6 | 6,2 |
| 21 | 4 | 6,2 | 6,2 | 12,3 |
| 22 | 1 | 1,5 | 1,5 | 13,8 |
| 23 | 7 | 10,8 | 10,8 | 24,6 |
| 24 | 6 | 9,2 | 9,2 | 33,8 |
| 25 | 10 | 15,4 | 15,4 | 49,2 |
| 26 | 6 | 9,2 | 9,2 | 58,5 |
| 27 | 5 | 7,7 | 7,7 | 66,2 |
| 28 | 3 | 4,6 | 4,6 | 70,8 |
| 29 | 2 | 3,1 | 3,1 | 73,8 |
| 30 | 1 | 1,5 | 1,5 | 75,4 |
| 31 | 4 | 6,2 | 6,2 | 81,5 |
| 32 | 1 | 1,5 | 1,5 | 83,1 |
| 34 | 2 | 3,1 | 3,1 | 86,2 |
| 35 | 4 | 6,2 | 6,2 | 92,3 |
| 37 | 2 | 3,1 | 3,1 | 95,4 |
| 39 | 1 | 1,5 | 1,5 | 96,9 |
| 40 | 1 | 1,5 | 1,5 | 98,5 |
| 41 | 1 | 1,5 | 1,5 | 100,0 |
| Total | 65 | 100,0 | 100,0 | |

Pendidikan ibu

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SD | 28 | 43,1 | 43,1 | 43,1 |
| | SMP | 23 | 35,4 | 35,4 | 78,5 |
| | SMA | 14 | 21,5 | 21,5 | 100,0 |
| | Total | 65 | 100,0 | 100,0 | |

Status pekerjaan ibu

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Tidak bekerja | 47 | 72,3 | 72,3 | 72,3 |
| | Bekerja | 18 | 27,7 | 27,7 | 100,0 |
| | Total | 65 | 100,0 | 100,0 | |

Tempat melahirkan bayi

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rumah | 27 | 41,5 | 41,5 | 41,5 |
| | Yankes | 38 | 58,5 | 58,5 | 100,0 |
| | Total | 65 | 100,0 | 100,0 | |

Pengetahuan ibu tentang imunisasi

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Sedang | 31 | 47,7 | 47,7 | 47,7 |
| | Tinggi | 34 | 52,3 | 52,3 | 100,0 |
| | Total | 65 | 100,0 | 100,0 | |

Sikap ibu terhadap imunisasi

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Cukup menerima | 11 | 16,9 | 16,9 | 16,9 |
| | Menerima | 54 | 83,1 | 83,1 | 100,0 |
| | Total | 65 | 100,0 | 100,0 | |

**Pengetahuan ibu tentang imunisasi * Kelengkapan imunisasi dasar
Crosstabulation**

Count

| | | Kelengkapan imunisasi dasar | | Total |
|-----------------------------------|--------|-----------------------------|---------|-------|
| | | tidak lengkap | lengkap | |
| Pengetahuan ibu tentang imunisasi | Sedang | 7 | 24 | 31 |
| | Tinggi | 1 | 33 | 34 |
| Total | | 8 | 57 | 65 |

Sikap ibu terhadap imunisasi * Kelengkapan imunisasi dasar Crosstabulation

Count

| | | Kelengkapan imunisasi dasar | | Total |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|---------|-------|
| | | tidak lengkap | lengkap | |
| Sikap ibu terhadap imunisasi | Cukup menerima | 6 | 5 | 11 |
| | Menerima | 2 | 52 | 54 |
| Total | | 8 | 57 | 65 |

Lampiran D : Data Hasil Penelitian

| No. | Nama | Umur (Tahun) | Pendidikan | Pekerjaan | Tempat Lahir Bayi | Pengetahuan | | Sikap | | Kelengkapan Imunisasi Dasar | Asal Desa |
|-----|--------------|--------------|------------|---------------|-------------------|-------------|-------|-----------|-------|-----------------------------|-----------|
| | | | | | | Kategori | Nilai | Kategori | Nilai | | |
| 1 | Fatimah | 27 | SMP | Bekerja | Rumah | Tinggi | 20 | Menerima | 45 | lengkap | Tempurejo |
| 2 | Sri W | 35 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 21 | Menerima | 45 | tidak lengkap | Tempurejo |
| 3 | Suryati | 32 | SMA | Bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Cukup men | 35 | lengkap | Tempurejo |
| 4 | St. Kholifah | 23 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 14 | Cukup men | 34 | tidak lengkap | Tempurejo |
| 5 | Alfiyah | 35 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 13 | Menerima | 48 | lengkap | Tempurejo |
| 6 | Ny. Ilham | 41 | SMP | Tidak bekerja | Rumah | Tinggi | 22 | Menerima | 45 | lengkap | Tempurejo |
| 7 | Laila | 21 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Cukup men | 35 | lengkap | Tempurejo |
| 8 | St. Aisyiah | 25 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 14 | Menerima | 45 | lengkap | Tempurejo |
| 9 | Ika | 31 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 23 | Menerima | 48 | lengkap | Tempurejo |
| 10 | Ny. Ibrahim | 26 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Tinggi | 22 | Cukup men | 32 | lengkap | Tempurejo |
| 11 | Yuliati | 23 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Tinggi | 20 | Menerima | 46 | lengkap | Tempurejo |
| 12 | Sumuati | 34 | SD | Bekerja | Rumah | Tinggi | 24 | Menerima | 45 | lengkap | Tempurejo |
| 13 | St. Atikah | 40 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Cukup men | 33 | tidak lengkap | Tempurejo |
| 14 | Rukmiyati | 37 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Menerima | 44 | lengkap | Tempurejo |
| 15 | Ny. Harun | 35 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 14 | Menerima | 44 | lengkap | Tempurejo |
| 16 | Rani | 22 | SMP | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Menerima | 43 | lengkap | Tempurejo |
| 17 | NY. Imam | 27 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Menerima | 48 | lengkap | Tempurejo |
| 18 | Saida | 39 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 22 | Menerima | 48 | lengkap | Tempurejo |
| 19 | Esti | 25 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 22 | Menerima | 48 | lengkap | Tempurejo |
| 20 | St. Zulaikah | 24 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 21 | Menerima | 45 | lengkap | Tempurejo |
| 21 | Ifatul | 31 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 23 | Menerima | 45 | lengkap | Sidodadi |
| 22 | Ainur R | 34 | SMA | Bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 45 | lengkap | Sidodadi |
| 23 | Kholifah | 35 | SD | Bekerja | Rumah | Tinggi | 20 | Menerima | 40 | lengkap | Sidodadi |
| 24 | Maisaroh | 21 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Menerima | 40 | lengkap | Sidodadi |
| 25 | Ny. Rohim | 31 | SMP | Tidak bekerja | Rumah | Tinggi | 20 | Menerima | 40 | lengkap | Sidodadi |
| 26 | Retno | 23 | SMP | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 14 | Menerima | 45 | lengkap | Sidodadi |
| 27 | Surajjah | 37 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 44 | lengkap | Sidodadi |
| 28 | Nasiha | 28 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Cukup men | 35 | tidak lengkap | Sidodadi |
| 29 | Lilik | 25 | SD | Bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Menerima | 45 | lengkap | Sidodadi |
| 30 | Marfuah | 29 | SMA | Bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Menerima | 45 | lengkap | Sidodadi |
| 31 | Khotimah | 20 | SD | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 45 | lengkap | Sidodadi |
| 32 | Susiati | 25 | SD | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 21 | Menerima | 45 | lengkap | Sidodadi |
| 33 | Latifah | 23 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 23 | Menerima | 45 | lengkap | Sidodadi |

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------------|----|-----|---------------|--------|--------|----|-----------|----|---------------|------------|
| 34 | Ama | 26 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 22 | Menerima | 48 | lengkap | Sidodadi |
| 35 | Sri Astutik | 27 | SD | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Menerima | 40 | lengkap | Sidodadi |
| 36 | Nartik | 24 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 45 | lengkap | Pondokrejo |
| 37 | Samperani | 21 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 21 | Menerima | 45 | lengkap | Pondokrejo |
| 38 | Dwi A | 24 | SMP | Bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Menerima | 45 | lengkap | Pondokrejo |
| 39 | Sundari | 25 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Menerima | 40 | lengkap | Pondokrejo |
| 40 | Juhairiyah | 26 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 14 | Menerima | 45 | lengkap | Pondokrejo |
| 41 | sumiati | 26 | SD | Bekerja | Yankes | Tinggi | 23 | Menerima | 44 | lengkap | Pondokrejo |
| 42 | Sulaika | 25 | SD | Bekerja | Yankes | Tinggi | 24 | Menerima | 43 | lengkap | Pondokrejo |
| 43 | Yetida | 20 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 23 | Menerima | 45 | lengkap | Pondokrejo |
| 44 | Wahyuni | 25 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Tinggi | 22 | Menerima | 42 | lengkap | Pondokrejo |
| 45 | Sulasmi | 23 | SMA | Bekerja | Yankes | Tinggi | 22 | Menerima | 42 | lengkap | Pondokrejo |
| 46 | Poniyem | 24 | SMA | Bekerja | Yankes | Tinggi | 21 | Menerima | 45 | lengkap | Pondokrejo |
| 47 | St. Nurhasanah | 23 | SD | Bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Cukup men | 35 | lengkap | Pondokrejo |
| 48 | Safar | 20 | SD | Bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Menerima | 45 | lengkap | Pondokrejo |
| 49 | Zubaidah | 19 | SMP | Bekerja | Yankes | Sedang | 14 | Menerima | 47 | lengkap | Pondokrejo |
| 50 | Sryana | 25 | SMP | Bekerja | Rumah | Tinggi | 21 | Menerima | 45 | lengkap | Pondokrejo |
| 51 | B. han | 24 | SMA | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 16 | Menerima | 45 | lengkap | Curahtakir |
| 52 | B. Heny | 31 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 44 | lengkap | Curahtakir |
| 53 | B. Sangkon | 30 | SMP | Tidak bekerja | Rumah | Tinggi | 21 | Menerima | 43 | lengkap | Curahtakir |
| 54 | B. Trisukow | 27 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 14 | Menerima | 43 | tidak lengkap | Curahtakir |
| 55 | Lilik | 28 | SD | Bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 43 | lengkap | Curahtakir |
| 56 | Endah | 26 | SD | Bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 44 | lengkap | Curahtakir |
| 57 | Sulastri | 25 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Cukup men | 34 | tidak lengkap | Curahtakir |
| 58 | Sri wahyuni | 27 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Menerima | 42 | lengkap | Curahtakir |
| 59 | Azizah | 29 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 40 | lengkap | Curahtakir |
| 60 | Fatimah | 28 | SD | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Menerima | 40 | lengkap | Curahtakir |
| 61 | Sugianti | 21 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Cukup men | 33 | tidak lengkap | Curahtakir |
| 62 | Lasmi | 23 | SMP | Tidak bekerja | Yankes | Sedang | 15 | Menerima | 45 | lengkap | Curahtakir |
| 63 | Sundari | 24 | SMP | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Cukup men | 34 | lengkap | Curahtakir |
| 64 | Maryam | 25 | SD | Tidak bekerja | Rumah | Sedang | 15 | Cukup men | 32 | tidak lengkap | Curahtakir |
| 65 | Zahab | 26 | SD | Tidak bekerja | Yankes | Tinggi | 20 | Menerima | 45 | lengkap | Curahtakir |

