



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**ANALISIS FAKTOR KEPATUHAN IMUNISASI
DI KOTA DEPOK**

*Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan*

Oleh:

**FAJAR TRI WALUYANTI
NPM. 0706195131**

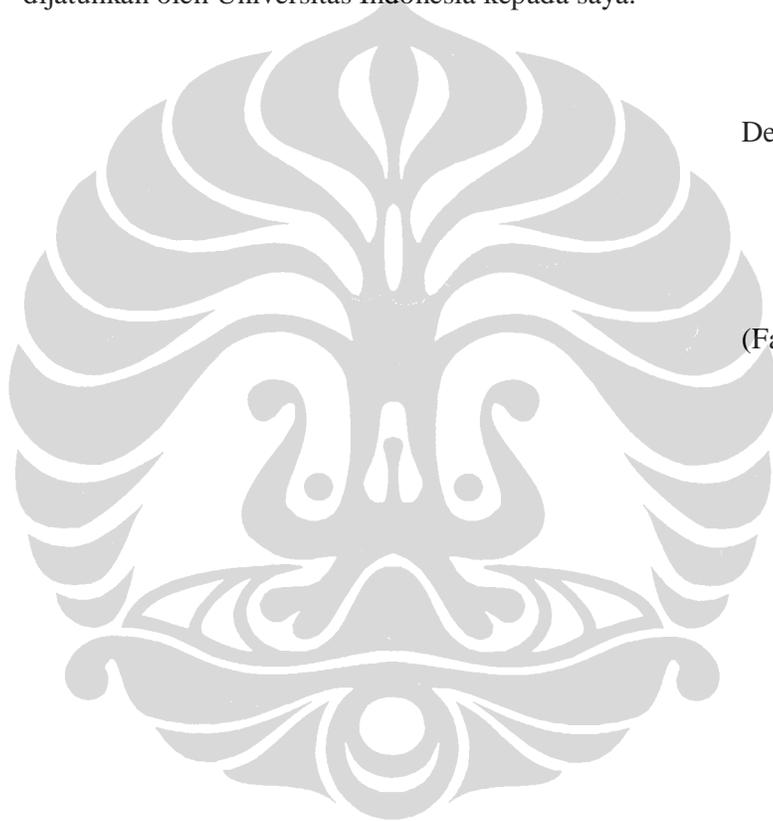
**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM STUDI PASCASARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2009**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 21 Juli 2009

(Fajar Tri Waluyanti)



PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Sidang Tesis Program Studi Pascasarjana
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, 21 Juli 2009

Pembimbing I:

Yeni Rustina, SKp, MApp.Sc., PhD

Pembimbing II:

Tuti Nuraini, SKp., M.Biomed

LEMBAR PENGESAHAN PANITIA PENGUJI SIDANG TESIS

Depok, 21 Juli 2009

Pembimbing I

(Yeni Rustina, SKp., Mapp.Sc., PhD)

Pembimbing II

(Tuti Nuraini, SKp., M.Biomed)

Anggota

(Nani Nurhaeni, SKp., MN)

Anggota

(Dessie Wanda, SKp., MN)

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN ANAK
PROGRAM PASCASARJANA-FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2009
Fajar Tri Waluyanti

Analisis Faktor Kepatuhan Imunisasi di Kota Depok 2009

xiv + 100 hal + 25 tabel + 6 lampiran + 3 skema

ABSTRAK

Rendahnya angka cakupan imunisasi lengkap yang tertuang dalam *Universal Child Immunization (UCI)* di kota Depok akan menimbulkan mudah terjangkitnya Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). Hal ini menjadi dasar untuk dilakukan analisis kepatuhan imunisasi. Tujuan studi ini adalah menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan imunisasi bayi di kota Depok. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dengan jumlah sampel yang diambil sebanyak 237 ibu yang mempunyai bayi usia 12- 23 bulan. Instrumen yang digunakan adalah modifikasi *Social Support Questionnaire 6*, *Health Self-Determinism Index*, *Communicable Disease Perceived Vulnerability Score* dan instrumen yang dikembangkan sendiri oleh peneliti. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara terstruktur. Statistik deskriptif digunakan untuk mengidentifikasi distribusi variabel bebas dan terikat. Sedangkan analisis bivariat digunakan untuk menguji korelasi antara kepatuhan dengan faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi pada skala signifikansi 5%. Hasil studi statistik cakupan imunisasi didapatkan nilai UCI 31,6% dan terlihat penurunan angka cakupan imunisasi Hepatitis B0-7 menjadi sebesar 38,4%. Hasil analisis multivariat ditemukan hubungan bermakna faktor jaminan kesehatan dan respon terhadap imunisasi dengan kepatuhan imunisasi. Implikasi keperawatannya adalah optimalisasi pendidikan kesehatan pada ibu dan petugas kesehatan untuk meningkatkan angka cakupan imunisasi. Rekomendasi penelitian selanjutnya adalah penelitian yang melihat seluruh faktor baik internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi kepatuhan imunisasi.

Kata kunci : kepatuhan, imunisasi, anak.
Daftar Pustaka : 48 (1996-2009)

UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MAJORING IN PEDIATRIC NURSING
POST GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING

Thesis, July 2009
Fajar Tri Waluyanti

Factors Analyzes of Immunization Compliance at Depok

xiv + 100 pages + 25 tables + 6 appendixes + 3 schemes

ABSTRACT

Universal Child Immunization coverage in Depok is low. It might cause illnesses which can be prevented by immunization. Therefore it is important to conduct compliance immunization analyze. The purpose of this study was to determine the association of compliance immunization with selected maternal characteristics and interaction client-health profession. The design of this research was cross sectional. The sample of this study was 237 mothers of 11—23 months infants. The instruments employed including Social Support Questionnaire 6, Health Self-Determinism Index, Communicable Disease Perceived Vulnerability Score, and an investigator – developed instrument. Data were collected by using a structure interview to each respondent. Descriptive statistics were used to examine maternal characteristics and element of client – professional interaction. The result of this study are UCI coverage about 31,6% and Hepatitis B0-7 coverage about 38,6%. It's mean falling off the coverage. Bivariate analysis were used to test the associations among maternal characteristic, maternal affective anclient-professional interaction factors and immunization compliance. Based on logistic regression analysis was found that health insurance and affective response to immunization has correlation with immunization compliance. Further, nurses should conduct health education optimally. Recommendation for future research is conducting the research to look external and internal factors.

Ket words : compliance, immunization, child

References : 48 (1996-2009)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah peneliti panjatkan kehadiran Alloh SWT, dengan rahmat dan karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Analisis Faktor Kepatuhan Imunisasi Di Kota Depok”

Penyusunan tesis ini dapat terselesaikan atas bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Ibu Yeni Rustina, SKp., MApp.Sc., PhD selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran dan pengertian.
2. Ibu Tuti Nur'aini, SKp., MBIomed, selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan motivasi.
3. Ibu Dewi Irawaty, M.A., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Krisna Yetti, SKp., MApp.Sc, selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Staf akademik dan non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
6. Drg. Hardiono selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok.
7. Ibu Dessie Wanda, Ibu Elfi Syahreni, Ibu Etty Rekawati, Ibu Hayuni Rahmah dan Happy Hayati, Pak Khresna Syuhada yang bersedia diganggu waktunya untuk dimintai bantuan pendapatnya.

8. Ibu Nani Nurhaeni, kakak sekaligus teman yang telah banyak membantu dalam seluruh proses pendidikan saya.
9. Jundi-jundiyahku Ova, Fathan & Faris, Alzaui Mas Agus, Orang tuaku yang senantiasa menjadi motivator buatku selama pendidikan.
10. Rekan-rekan mahasiswa kekhususan Keperawatan Anak yang telah saling mendukung dan membantu selama proses pendidikan.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga setiap bantuan dan kebaikan menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan kebaikan dari Allah SWT.

Peneliti menyadari ketidaksempurnaan tesis ini, sehingga dengan segala kerendahan hati, peneliti sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun demi perbaikan tesis ini.

Depok, Juli 2009

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kesehatan Anak dan Imunisasi.....	11
B. Konsep Kepatuhan.....	20
C. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan.....	26
D. Kepatuhan Imunisasi.....	28
E. Teori <i>Interaction Model of Client Health Behavior</i>	32
F. Kerangka Teori.....	34

BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep.....	35
B. Hipotesis.....	36
C. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	38

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	42
B. Populasi dan Sampel.....	43
C. Tempat Penelitian.....	45
D. Waktu Penelitian.....	46
E. Etika Penelitian.....	46
F. Alat Pengumpul Data.....	49
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	52
H. Pengolahan dan Analisis Data.....	54

BAB V HASIL PENELITIAN 56

BAB VI PEMBAHASAN

A. Interpretasi Dan Diskusi Hasil.....	82
B. Keterbatasan Penelitian.....	96
C. Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan Dan Penelitian.....	97

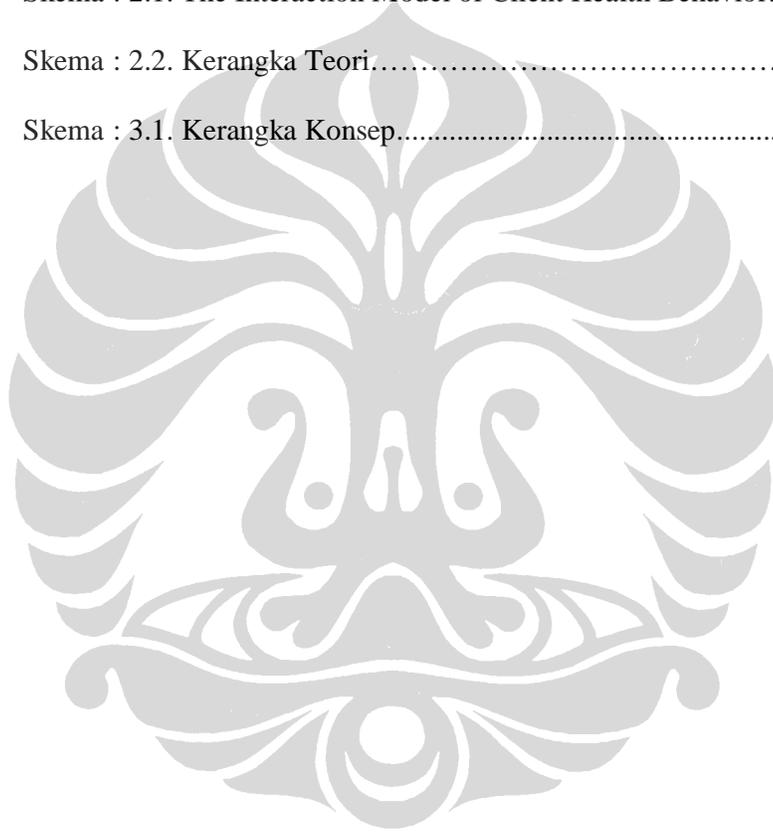
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN..... 98

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema : 2.1. The Interaction Model of Client Health Behavior.....	33
Skema : 2.2. Kerangka Teori.....	34
Skema : 3.1. Kerangka Konsep.....	36



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel : 2.1. Jadwal Imunisasi 2008	19
Tabel : 2.2. Jadwal Imunisasi Departemen Kesehatan RI	19
Tabel : 3.1. Definisi Operasional	38
Tabel : 5.1a- Distribusi Responden Berdasarkan Suku Bangsa, 5.1g Pendidikan Ibu, Pendapatan keluarga, Jumlah Anak, Anggota Keluarga Dewasa, Pekerjaan Ibu dan Pengasuhan Bayi di Kota Depok, Juni 2009	57
Tabel : 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Ibu dan Pengaruh Sosial bagi Ibu di Kota Depok, Juni 2009	59
Tabel : 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Perawatan Prenatal, Pengalaman Imunisasi, dan Sumber Daya Lingkungan bagi Ibu di Kota Depok, Juni, 2009	60
Tabel : 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Ibu terhadap Imunisasi Bayinya di Kota Depok, Juni 2009	62
Tabel : 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Profesi Kesehatan, Informasi Kesehatan, Kontrol Keputusan untuk Memberikan Imunisasi dan Kompetensi Profesi Pemberian Imunisasi di Kota Depok, Juni 2009	63
Tabel : 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Kelengkapan Imunisasi Tiap Jenis Imunisasi dan Cakupan UCI di Kota Depok, Juni 2009	64
Tabel : 5.7 Hasil Analisis Hubungan Antara Usia Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	65
Tabel : 5.8 Hasil Analisis Hubungan Antara Pendapatan Keluarga dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	66

Tabel : 5.9	Hasil Analisis Hubungan Antara Pendidikan Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni, 2009	66
Tabel : 5.10	Hasil Analisis Hubungan Antara Jumlah Anak dalam Keluarga Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	67
Tabel : 5.11	Hasil Analisis Hubungan Antara Pekerjaan Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	68
Tabel : 5.12	Hasil Analisis Hubungan Antara Pengasuhan Bayi dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	68
Tabel : 5.13a	Hasil Analisis Hubungan Antara Kunjungan Prenatal Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	69
Tabel : 5.13b	Hasil Analisis Hubungan Antara Jumlah Kunjungan Prenatal Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	69
Tabel : 5.14	Hasil Analisis Hubungan Antara Pengaruh Sosial Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	70
Tabel : 5.15	Hasil Analisis Hubungan Antara Pengalaman Imunisasi dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	70
Tabel : 5.16	Hasil Analisis Hubungan Antara Jaminan Kesehatan Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	71
Tabel : 5.17	Hasil Analisis Hubungan Motivasi Intrinsik Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	72
Tabel : 5.18	Hasil Analisi Hubungan Antara Pemahaman Ibu tentang PD3I dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	72
Tabel : 5.19	Hasil Analisis Hubungan Antara Respon Ibu terhadap Imunisasi dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	73
Tabel : 5.20	Hasil Analisis Hubungan Antara Dukungan Profesi Kesehatan kepada Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	74
Tabel : 5.21	Hasil Analisis Hubungan Antara Informasi tentang Imunisasi dari Profesi Kesehatan kepada Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	74
Tabel : 5.22	Hasil Analisis Hubungan Antara Kontrol Keputusan Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	75
Tabel : 5.23	Hasil Analisis Hubungan Antara Kompetensi Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009	76
Tabel : 6.1	Perbandingan Hasil Perhitungan Cakupan Imunisasi di Kota Depok	77

DAFTAR LAMPIRAN

- 
- Lampiran 1 Lembar Persetujuan Responden (*informed consent*)
 - Lampiran 2 Kuesioner Penelitian
 - Lampiran 3 Penjelasan Cara Pengumpulan Data
 - Lampiran 4 Surat Lolos Uji Etik
 - Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian
 - Lampiran 6 Daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perbaikan kualitas manusia di suatu negara dijabarkan secara Internasional dalam *Millenium Development Goal* (MDG's). Salah satu tujuan MDG's adalah menurunkan 2/3 angka kematian anak di bawah usia lima tahun dari tahun 1990 sampai 2015. Indikator yang digunakan terkait hal tersebut adalah angka kematian balita, angka kematian bayi dan cakupan pencapaian imunisasi campak pada anak di bawah 1 tahun (*United Nations Development Programme/UNDP*, 2008).

World Health Organization/WHO, (2007) menyebutkan 10 fakta penyakit berat yang menjadi beban dunia secara global, salah satunya adalah kematian hampir 10 juta anak di bawah usia 5 tahun per tahunnya. Berdasarkan data dari WHO SEARO (2007), angka kematian anak balita di Indonesia pada tahun 2005 mencapai 46 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup. Akan tetapi, UNDP mencatat angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup sebesar 28 dan angka kematian balita sebesar 36 di tahun yang sama (UNDP, 2008). Menurut laporan UNDP tersebut, Indonesia menempati urutan di bawah Vietnam, Sri Langka, Thailand dan Malaysia untuk angka kematian balitanya.

Penyebab kematian pada anak di bawah satu tahun berdasarkan urutan penyebab terbesar adalah penyebab perinatal, infeksi saluran nafas, diare, penyakit terkait saluran cerna, tetanus dan penyakit neurologi. Sedangkan penyebab kematian anak 1-4 tahun adalah infeksi saluran cerna atas, diare, gangguan neurologi, thyfoid, gangguan sistem gastrointestinal dan infeksi lainnya. Diperkirakan 1,7 juta anak atau 5% dari kematian balita di Indonesia adalah akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi/PD3I (Depkes, 2007).

Hasil estimasi WHO terhadap kematian akibat PD3I adalah dalam satu tahun tidak kurang 1000 balita meninggal karena polio, 4000 anak karena dipteria, 15.000 anak karena demam kuning (*yellow fever*), 198.000 anak karena tetanus, 294.000 anak karena pertusis, 386.000 anak karena Hepatitis B/Hib, dan 540.000 anak karena campak. Selain itu 600.000 orang dewasa mengalami kematian karena infeksi Hepatitis B (WHO, 2006). Disebutkan juga pada tahun 2006, 1,9 juta (76%) dari 2,5 juta anak yang meninggal karena PD3I di Afrika dan Asia Tenggara. Untuk Asia Tenggara sendiri sekitar 757.000 yang mengalami kematian karena PD3I.

Fakta lain didapatkan bahwa cakupan global imunisasi Difteria Pertusis Tetanus/DPT tahun 1980-2007 hanya mencapai 81%, atau sama dengan 24,1 juta anak dari 129 juta anak di dunia tidak terimunisasi DPT dan 11, 5 juta-nya adalah anak-anak di Asia Tenggara (WHO, 2008). Sedangkan Indonesia termasuk golongan negara dengan cakupan imunisasi DPT 50-79% di tahun 2007. Sementara itu, hasil estimasi WHO dan *United Nations Children's*

Fund/UNICEF untuk cakupan imunisasi DPT3 pada seluruh negara anggota WHO adalah 70-78%, sedangkan Asia Tenggara sebesar 69%. Untuk cakupan Hepatitis B pada tahun 2004 sebesar 48% (seluruh negara anggota WHO). Hal itu menunjukkan jumlah cakupan yang masih rendah (WHO, 2006).

Cakupan imunisasi yang rendah menjadi indikator terjadinya kematian akibat PD3I. Oleh karena itu salah satu program yang telah terbukti efektif untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat PD3I adalah imunisasi. Hal ini sejalan dengan kesepakatan MDG's, dimana untuk mencapai penurunan angka kematian bayi ditandai dengan peningkatan cakupan imunisasi terutama dilihat dari angka cakupan imunisasi campak (WHO, 2008). Hal itu dikarenakan campak adalah imunisasi yang terakhir untuk imunisasi dasar dan merupakan imunisasi yang cukup jauh jaraknya dari imunisasi sebelumnya (yaitu polio 4 pada usia 4 bulan dan campak pada usia 9 bulan) sehingga dapat menjadi indikator tercapainya kondisi *Universal Child Immunization (UCI)*.

Sementara itu hasil perbandingan cakupan imunisasi Indonesia dengan negara di kawasan regional *South East Asia Regional Office/SEARO* pada tahun 2006 menunjukkan angka cakupan *Bacillus Calmette-Guerin/BCG* masih 82%, angka cakupan Polio 3 70% dan cakupan imunisasi campak sebesar 72%. Berdasarkan data Depkes (2008) juga, pada tahun 2007 dilaporkan angka cakupan imunisasi di Indonesia untuk Hepatitis B0 sebesar 70,8%; Hepatitis B2 sebesar 93,6%; Hepatitis B3 sebesar 90,8%; BCG sebesar 93,9%; DPT sebesar 95,6%, Polio1 sebesar 95,6%; Polio4 sebesar 87,7% dan campak sebesar 89,9%. Sementara itu pencapaian UCI baru mencapai 71,18%. Laporan cakupan Hepatitis B0 adalah

hasil rekapitulasi imunisasi Hepatitis B 0-7 hari dan 28 hari sedangkan laporan Polio1 dan Polio4 dilakukan pelaporan data imunisasi polio pertama dan yang terakhir untuk melihat sejauh mana angka *drop out* imunisasi polio.

Data yang berbeda disampaikan oleh Haran (2008 dalam Sinar Harapan, 2009) bahwa *Millenium Challenge Corporation Indonesia-Immunization Project/MCCI-IP* mempunyai data cakupan imunisasi dasar bagi anak di bawah satu tahun di Indonesia masih di bawah 80%. Berdasarkan data-data tersebut, disimpulkan bahwa sebagian besar paket imunisasi dasar belum mencapai target cakupan nasional yang diharapkan mencapai 80,5% (Depkes, 2007).

UNDP (2008), juga membuat laporan cakupan imunisasi tiap negara yang menjadi salah satu penilaian angka harapan hidup manusia. Hasil laporan yang tercatat untuk tahun 2005, adalah data cakupan imunisasi pada anak di bawah 1 tahun untuk campak sebesar 72%. Sebagai perbandingan, Vietnam sebagai negara baru berkembang telah mencapai cakupan imunisasi sebesar 95%. Hal itu menempatkan urutan Indonesia di bawah Vietnam. Sementara cakupan imunisasi BCG tahun 2005 sebesar 82% di bawah Vietnam yang telah mencapai cakupan sebesar 95%. Hal tersebut menunjukkan Indonesia masih perlu melakukan usaha-usaha untuk meningkatkan cakupan imunisasi yang akan menunjukkan peningkatan kualitas hidup manusia Indonesia.

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia tahun 2005 didapatkan derivasi data untuk kota Depok yaitu angka kematian bayi dilaporkan jumlah bayi meninggal sebanyak 4 orang per 24.015 kelahiran hidup atau 0,167 per 1000 kelahiran

hidup. Sedangkan angka kematian balitanya adalah 3,9 per 1000 kelahiran hidup. Sementara itu data tahun 2007 (Dinkes Depok, 2008) menunjukkan angka kematian bayi di Depok sebesar 33 dari 27.131 kelahiran hidup atau 1,2 per 1000 kelahiran hidup, angka kematian balita Bogor-Depok-Bekasi 27,27 per 1000 kelahiran hidup. Angka-angka tersebut menempatkan Depok sebagai kota dengan angka kematian balita terendah di Indonesia.

Sedangkan data cakupan imunisasi di kota Depok adalah BCG sebesar 89%, HB 0 sebesar 74,22%, DPT1+HB1 sebesar 86,66%, DPT3+HB3 sebesar 81,04%, polio 3 sebesar 84,66% dan campak sebesar 79,01%. Selain itu terdapat data cakupan desa UCI Depok sebesar 55,6%. Hal itu menunjukkan pencapaian status imunisasi dasar yang masih belum lengkap (Dinkes Depok 2008).

Keadaan demografi kota Depok yang berhubungan dengan layanan kesehatan khususnya layanan imunisasi adalah jumlah puskesmas sebanyak 27 buah, jumlah rumah sakit sebanyak 14 rumah sakit dengan 50% adalah rumah sakit ibu dan anak yang memberikan layanan kesehatan anak khususnya imunisasi. Selain itu jumlah posyandu sebanyak 877 posyandu, terdapat desa siaga sebanyak 13 desa dan 3 Polindes. Melihat data tersebut, angka cakupan imunisasi seharusnya dapat mencapai target nasional yaitu di atas 90% (Dinkes Depok, 2008).

Berdasarkan data-data di atas, diperlukan suatu strategi untuk meningkatkan cakupan imunisasi. Cakupan imunisasi menurut Parve (2004) adalah salah satu pengukuran kepatuhan imunisasi, oleh karena itu pada penelitian yang telah dilakukan oleh Dinkes Tasikmalaya tahun 2004, tentang studi deskripsi mengenai

faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan imunisasi anak yaitu pendidikan, pengetahuan tentang imunisasi, sikap responden yang positif terhadap imunisasi dan efek-efek samping yang diterima paska imunisasi. Hal ini menunjukkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pemberian imunisasi secara lengkap. Penelitian ini juga menemukan beberapa permasalahan yang dikemukakan oleh para Ibu mengenai pelaksanaan imunisasi. Permasalahan tersebut terkait dengan pelaksanaan imunisasi yang tergantung pada petugas kesehatan, dikenakan biaya untuk pelaksanaan imunisasi, penyuluhan imunisasi yang kurang, dan pelaksanaan Posyandu yang tidak rutin.

Kepatuhan imunisasi tidak akan terlepas dari konsep kepatuhan itu sendiri. Kyngas, et al. (2000) menyatakan makna kepatuhan atau *compliance* tidak mempunyai definisi yang umum, akan tetapi hal tersebut memunculkan terminologi lain yang masih dapat diterima yaitu ketaatan, kooperatif, saling pengertian, dan hubungan terapeutik. Ketidakkonsistenan pemaknaan dan pengukuran kepatuhan menyebabkan timbulnya masalah di dalam melakukan studi terkait kepatuhan. Sebagian besar definisi memasukkan elemen tanggung jawab pasien terhadap perawatan dirinya, peran terhadap proses pengobatan dan kerja sama pasien dengan petugas kesehatan.

Houtrouw dan Carlson (1993) menyatakan tidak ada hubungan antara karakteristik ibu, kepercayaan ibu dengan kepatuhan imunisasi. Hasil temuan yang lain terdapat beberapa faktor yang diduga dapat meningkatkan kepatuhan imunisasi yaitu adanya materi pendidikan kesehatan pada saat paska melahirkan, kartu pengingat imunisasi, sistem pengingat dengan teknologi komputer.

Kepercayaan ibu tentang imunisasi yang kurang bermakna untuk mencegah penyakit membuat rata-rata kepatuhan para ibu hanya mencapai 60,6%. Hal itu menunjukkan bahwa kepercayaan terhadap imunisasi menjadi prediktor kepatuhan imunisasi. Sementara itu, Wang, et al (2007), mendapatkan hasil studi hampir sama dengan studi di atas, bahwa ketidakpatuhan terjadi karena rendahnya status pengetahuan ibu, tingkat pendidikan ibu, pendidikan kesehatan tentang imunisasi yang minimal seperti media yang minimal dan kegiatan pendidikan kesehatan itu sendiri.

Falagas dan Zarkadoulia (2008) melakukan kajian sistematik terhadap studi-studi yang ada (*PubMed dan Cochrane databased*) untuk mengevaluasi faktor yang berhubungan dengan tidak optimalnya kepatuhan terhadap vaksinasi. Disebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kepatuhan vaksinasi berhubungan dengan karakteristik orang tua-anak dan karakteristik profesi-petugas kesehatan. Dalam kajian ini disebutkan bahwa karakteristik orang tua-anak meliputi ras bukan kulit putih, status ekonomi yang rendah, biaya imunisasi, kurangnya asuransi, rendahnya tingkat pendidikan orang tua, usia anak di atas bayi yang membutuhkan imunisasi, usia ibu yang masih muda, keluarga yang besar, jarak antar anak yang jauh, kurang pengetahuan tentang penyakit dan vaksinasi, kepercayaan yang negatif/anggapan terhadap imunisasi, takut akan efek samping/risiko/kontraindikasi, tidak mengingat jadwal dan perjanjian untuk imunisasi, terlambat karena sakit dan terlambat datang pada anak sehat. Sementara itu karakteristik layanan profesional tenaga kesehatan diantaranya adalah ragu terhadap informasi yang diberikan petugas kesehatan, kurangnya

dukungan dari petugas kesehatan, ketidakjelasan alur pelayanan, dan masalah transportasi dan kemudahan mengakses klinik imunisasi.

Tingkat kepatuhan imunisasi dapat meningkatkan nilai cakupan imunisasi sehingga diperlukan suatu kajian tentang analisis faktor mengenai faktor yang mempengaruhi kepatuhan sehingga didapatkan strategi untuk meningkatkan tingkat kepatuhan para ibu terhadap imunisasi bayinya. Beberapa penelitian telah dilakukan terkait dengan kepatuhan imunisasi di beberapa negara lain, akan tetapi, tidak banyak literatur yang ditemukan mengenai kepatuhan yang mempengaruhi angka cakupan imunisasi di Indonesia. Temuan yang masih terbatas tersebut perlu dilakukan kajian lebih mendalam untuk mendapatkan analisis yang lebih tajam tentang faktor-faktor tersebut, misalnya karakteristik orang tua dan anak, karakteristik layanan kesehatan atau keadaan populasi dalam masyarakat. Jika telah ditemukan faktor dominan yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi, maka akan bisa ditentukan strategi untuk meningkatkan kepatuhan yang berdampak pada peningkatan angka cakupan imunisasi.

B. Rumusan Masalah

Masalah penelitian berdasarkan latar belakang di atas adalah rendahnya tingkat UCI dan cakupan beberapa imunisasi dasar yang diwajibkan oleh pemerintah di kota Depok. Salah satu yang telah teridentifikasi sebagai penyebabnya adalah ketidakpatuhan imunisasi yang menyebabkan cakupan menjadi rendah. Kajian yang lebih mendalam untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi bayi-bayi di kota Depok diperlukan untuk mengidentifikasi faktor penyebab dan faktor dominan yang menjadi determinan kepatuhan

imunisasi di kota Depok. Kajian ini diperlukan mengingat kondisi dan karakteristik penduduk kota Depok yang berbeda dari populasi yang pernah diteliti. Oleh karena itu pertanyaan penelitian yang harus terjawab melalui studi ini adalah faktor-faktor apakah yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi di kota Depok?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan imunisasi bayi-bayi di kota Depok yang mempengaruhi pencapaian cakupan imunisasi dan *Universal Child Immunization* (UCI).

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Teridentifikasi cakupan imunisasi dasar pada bayi-bayi di kota Depok
2. Teridentifikasi tingkat kepatuhan pemberian imunisasi pada bayi-bayi di kota Depok
3. Teridentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pemberian imunisasi bayi-bayi di kota Depok
4. Teridentifikasi faktor yang paling dominan mempengaruhi tingkat kepatuhan pemberian imunisasi bayi-bayi di kota Depok
5. Teridentifikasi kelompok faktor yang paling dominan mempengaruhi tingkat kepatuhan pemberian imunisasi bayi-bayi di kota Depok

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi pelayanan keperawatan
 - a. Mengetahui angka cakupan secara statistik di kota Depok

- b. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan imunisasi di kota Depok
 - c. Menjadi bahan rujukan untuk menetapkan strategi meningkatkan kepatuhan imunisasi
 - d. Mengevaluasi strategi yang telah dilakukan selama ini.
2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan
 - a. Sebagai dasar dalam praktik keperawatan anak di komunitas dalam mempraktekkan perawatan berfokus pada keluarga.
 - b. Mengembangkan strategi yang tepat untuk meningkatkan kepatuhan imunisasi di kota Depok
 - c. Sebagai dasar dalam praktik keperawatan anak dalam pemberian imunisasi
 3. Bagi Perawat Spesialis Anak
 - a. Menjadi dasar dalam praktik keperawatan anak karena imunisasi merupakan lingkup keperawatan anak
 - b. Menjadi masukan bagi peran perawat anak untuk dapat berperan serta meningkatkan kepatuhan imunisasi
 4. Bagi penelitian selanjutnya
 - a. Sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya tentang kepatuhan terhadap imunisasi dan kunjungan anak sehat ke klinik kesehatan anak
 - b. Sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya terutama untuk menentukan strategi meningkatkan kepatuhan imunisasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini membahas tentang kesehatan anak dan imunisasi, imunisasi, konsep kepatuhan, faktor-faktor yang berhubungan kepatuhan, kepatuhan imunisasi dan teori *The Interaction Model of Client Health Behavior/IMCHB*.

A. Kesehatan anak dan imunisasi

1. Kesehatan anak

Sehat tidak selalu hanya terbebas dari penyakit. Sehat berarti memiliki kesehatan akal, tubuh dan spiritual (Bowden, et al. 1998). Di negara yang sedang berkembang, ancaman bagi kesehatan individu meliputi keadaan berikut, yaitu penduduk yang padat, sanitasi yang buruk, air yang terkontaminasi, malnutrisi, dan rumah yang tidak representatif. Sementara di negara berkembang seperti USA memiliki masalah utama yang berhubungan dengan gaya hidup, kecelakaan, merokok, alkohol dan penyalahgunaan obat, kekerasan dan polusi lingkungan. Hal yang menjadi faktor penyebab yang sama untuk dua kategori negara adalah kemiskinan.

Berdasarkan permasalahan ancaman kesehatan individu tersebut di atas akan menimbulkan berbagai penyakit, salah satunya adalah penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah

dengan imunisasi pada umumnya adalah penyakit menular dan banyak menyerang pada anak-anak. Oleh karena itu untuk memastikan setiap anak dapat hidup sehat dan sejahtera yang terhindar dari penyakit diperlukan perawatan yang adekuat.

Perawatan kesehatan anak tersebut meliputi pencegahan kesakitan, imunisasi, skrining tumbuh kembang dan kesehatan anak dan kegiatan antisipasi. Menurut Schadler (2001), kunjungan perawatan kesehatan yang bersifat preventif meliputi cakupan riwayat kesehatan secara menyeluruh dan riwayat sosial; pemeriksaan fisik, perkembangan, kesehatan gigi; pendengaran, penglihatan dan skrining terhadap keracunan; imunisasi dan petunjuk antisipasi.

Kunjungan perawatan kesehatan tersebut telah dilakukan akan tetapi belum sepenuhnya terprogram. Salah satu program yang diprioritaskan adalah program imunisasi yang diatur oleh negara untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian anak.

2. Imunisasi

Salah satu dari perawatan kesehatan anak adalah imunisasi. Imunisasi adalah proses untuk membuat individu mempunyai imunitas dan resistensi terhadap infeksi, biasanya dengan cara memberikan vaksinasi (WHO, 2009). Imunisasi merupakan satu dari sepuluh kebijakan yang paling populer di abad 20 ini. Selain itu imunisasi juga merupakan cara paling efektif untuk mencegah penyakit infeksi. Oleh karena itu, imunisasi dapat menurunkan angka

kesakitan dan angka kematian anak di berbagai negara. Menurut data WHO (2008), dapat diprediksi bahwa imunisasi dapat menurunkan angka penyakit infeksi yang dapat mengancam kehidupan sebanyak dua juta kematian tiap tahunnya. Oleh karena itu, WHO mengambil peran dan tanggung jawab untuk meningkatkan angka cakupan imunisasi di berbagai negara. Hal tersebut juga diutarakan oleh Plotkin dan Plotkin (1994 dalam Clayton, 2001), bahwa dampak imunisasi terhadap kesehatan penduduk dunia sangatlah besar karena dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas di dunia, sehingga imunisasi merupakan tanggung jawab dari setiap pelayanan primer di semua negara.

Imunisasi merupakan bentuk perlindungan terhadap penyakit, spesifiknya terhadap penyakit menular (Rumah Sakit Pusat Infeksi dr. Sulianti Saroso/RSPI SS, 2007). Adapun tujuan imunisasi bagi individu anak adalah memberikan kekebalan pada bayi dan balita agar dapat terhindar dari penyakit dan terhindar dari kematian akibat penyakit yang sering terjangkit. Diperkirakan 3 dari 100 kelahiran anak akan meninggal karena penyakit campak, 2 dari 100 kelahiran anak akan meninggal karena batuk rejan, dan 1 dari 100 kelahiran anak akan meninggal karena penyakit tetanus, jika tanpa imunisasi. Dan dari setiap 200.000 anak, 1 anak akan menderita penyakit polio. Imunisasi yang dilakukan dengan memberikan vaksin tertentu akan melindungi anak terhadap penyakit-penyakit tertentu. Walaupun pada saat ini fasilitas pelayanan untuk vaksinasi ini telah tersedia di masyarakat, tetapi tidak semua bayi telah dibawa untuk mendapatkan imunisasi yang lengkap.

Secara umum tujuan imunisasi adalah mencegah dan mengeradikasi penyakit. Sejarah telah membuktikan tujuan tersebut mulai tercapai pada tahun 1977 ketika cacar dapat dieradikasi dan poliomyelitis dapat dieliminasi di AS tahun 1991. *American Academy of Pediatrics/AAP* (1997 dalam Clayton, 2001) menyebutkan bahwa eradikasi dan eliminasi penyakit tersebut disusul oleh eliminasi penyakit lain seperti tetanus, difteria, campak, parotitis, pertusis, rubella, dan haemofilus influenza tipe B (HiB). Pada tahun 1994 dideklarasikan secara internasional untuk melakukan eliminasi polio di dunia bagian Barat. Sementara itu di Asia dilaporkan proses eradikasi polio dari tahun 1988-2007 sudah mencapai eradikasi tidak tersertifikasi dan termasuk area non-endemik polio (WHO, 2008).

Proses pemberantasan penyakit yang dapat disembuhkan dengan imunisasi melalui tiga tahapan yaitu:

- a. Tahap reduksi dimana tahap ini terbagi menjadi : (1) tahap pengendalian penyakit, terjadi penurunan kasus dan kematian, cakupan imunisasi > 80% dan interval terjadinya kejadian luar biasa antara 4-8 tahun; (2) tahap pencegahan kejadian luar biasa, dimana cakupan imunisasi dapat dipertahankan tinggi dan merata, terjadi penurunan tajam kasus dan kematian, dan interval kejadian luar biasa (KLB) relatif lebih panjang.
- b. Tahap eliminasi dimana cakupan imunisasi sudah sangat tinggi (>95%), dan daerah-daerah dengan cakupan imunisasi rendah sudah sangat kecil jumlahnya. Kasus campak sudah jarang dan KLB hampir tidak pernah terjadi. Anak-anak yang dicurigai tidak terlindung (*susceptible*) harus

diselidiki dan mendapat imunisasi tambahan segera agar berkurang risiko terkena PD3I.

- c. Tahap eradikasi terjadi setelah cakupan imunisasi tinggi dan merata, dan kasus sudah tidak ditemukan.

Pemberian imunisasi pada anak memiliki standar yang berbeda-beda pada tiap-tiap negara tergantung pola kuman yang berkembang. Oleh karena itu perlu dipahami bahwa standar yang disusun oleh pemerintah telah disesuaikan sehingga terbentuk pola imunisasi 1:3:4:3:1 (BCG, Hepatitis B, Polio, DPT, campak). Di bawah ini akan diuraikan jenis-jenis imunisasi tersebut.

1). Jenis-jenis imunisasi pada anak

Terdapat dua jenis imunisasi yaitu imunisasi aktif dan imunisasi pasif. Imunisasi aktif adalah pemberian kuman atau racun kuman yang telah dilemahkan atau dimatikan agar tubuh dapat memproduksi antibodi sendiri seperti imunisasi polio atau campak. Sedangkan imunisasi pasif adalah penyuntikan sejumlah antibodi sehingga kadar antibodi dalam tubuh meningkat seperti penyuntikan ATS (Anti Tetanus Serum) pada orang yang mengalami kecelakaan atau bayi baru lahir yang mendapat antibodi dari ibunya (Rumah Sakit Pusat Infeksi Sulianti Saroso/RSPI SS, 2007). Selain itu, menurut Notoatmodjo (2003) disebutkan bahwa kekebalan aktif jika anak mendapatkan kekebalan setelah sembuh dari penyakit tertentu seperti sembuh dari penyakit campak maka anak akan mempunyai kekebalan terhadap campak. Sementara kekebalan pasif

didapat dari ibu melalui placenta dan ini bersifat sementara atau didapat dari serum antibodi.

Imunisasi aktif merupakan cara untuk memberikan kekebalan aktif dengan memberikan mikro organisme atau modifikasinya (seperti toxoid, antigen terseleksi/tertentu, atau antigen rekayasa) yang merangsang terjadinya respon imunologi melalui respon infeksi alami (AAP, 1997 dalam Clayton, 2001). Pemberian imunisasi ini memiliki risiko yang kecil terhadap anak. Beberapa vaksin dapat melindungi tubuh dari infeksi hanya dengan satu dosis dan beberapa yang lainnya memerlukan multi dosis. Selain itu vaksin juga efektif dengan pemberian injeksi dan ada juga melalui pemberian oral. Kombinasi vaksin dipertimbangkan agar anak mendapat manfaat perlindungan dari infeksi dengan sedikit pemberian apalagi jika melalui injeksi, misalnya DPT. Berdasarkan penjelasan tersebut maka beberapa negara menggunakan istilah program imunisasi dasar untuk anak seperti 4:3:1:3. Artinya imunisasi dasar bagi anak adalah 4 dosis DPT, 3 dosis polio, 1 dosis campak dan 3 dosis HiB (*Haemophilus influenzae type B*). Sementara untuk Indonesia imunisasi yang diberikan pada anak sebagai imunisasi aktif adalah :

- a) BCG untuk mencegah penyakit TBC dengan 1 kali dosis
- b) Hepatitis B untuk mencegah penyakit hepatitis B dengan 3 kali dosis
- c) DPT untuk mencegah penyakit-penyakit difteri, pertusis, dan tetanus dengan 3 kali dosis
- d) Polio untuk mencegah penyakit poliomyelitis dengan 4 kali dosis

- e) Campak untuk mencegah penyakit campak (*measles*) dengan 1 kali dosis

Efek efektif pemberian imunisasi dapat dilihat dari efek samping paska pemberian imunisasi seperti :

- a). Paska injeksi BCG akan timbul pembengkakan kecil dan merah di tempat penyuntikan setelah dua minggu. Kemudian akan menjadi abses kecil dan menjadi luka dengan diameter sekitar 10 mm yang akan sembuh sendiri dengan meninggalkan jaringan parut yang kecil
- b). Pasca injeksi DPT, sebagian besar bayi akan mengalami febris pada sore harinya setelah mendapatkan imunisasi dan akan hilang setelah dua hari. Sebagian yang lain merasa nyeri, kemerahan dan bengkak di tempat penyuntikan. Hal tersebut tidak membahayakan dan tidak memerlukan tindakan lanjutan karena akan mengalami perbaikan dengan sendirinya, tetapi jika gejala tersebut tidak muncul bukan berarti imunisasi tersebut tidak efektif dan tidak perlu untuk diulang kembali.
- c). Imunisasi Polio jarang menimbulkan efek samping.
- d). Ada pemberian imunisasi campak, anak mungkin akan mengalami febris, kadang disertai kemerahan di kulit setelah 4-10 hari.
- e). Paska penyuntikan vaksin hepatitis B, belum pernah dilaporkan adanya efek samping

Sementara itu menurut WHO (2008), pemberian imunisasi tetap diberikan walaupun anak mengalami sakit dan gizi buruk kecuali jika ada kontra indikasi yaitu :

- a). Imunisasi BCG merupakan kontra indikasi pada anak dengan HIV/AIDS
- b). Imunisasi BCG dapat tetap diberikan pada anak penderita HIV asimtomatis
- c). Imunisasi DPT2 dan DPT3 tidak dapat diberikan pada anak yang mengalami syok atau kejang dalam jangka waktu 3 hari setelah imunisasi DPT sebelumnya
- d). DPT tidak dapat diberikan pada anak yang mengalami kejang rekuren atau anak dengan penyakit saraf aktif pada susunan saraf pusat.

2). Manfaat Imunisasi

Menurut RSPI SS (2007) imunisasi mempunyai beberapa manfaat, diantaranya :1) Untuk anak: mencegah kesakitan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian; 2) Untuk keluarga: menghilangkan kecemasan secara psikologis jika anak mengalami sakit. Membangun keyakinan bahwa anak akan berkembang dengan baik jika anak sehat; 3) Untuk negara: akan memperbaiki tingkat kesehatan, membangun bangsa yang kuat dan siap melanjutkan pembangunan negara.

3). Jadwal imunisasi

Jadwal imunisasi yang direkomendasikan Ikatan Dokter Anak Indonesia telah disesuaikan dengan pola penyakit di Indonesia sehingga menghasilkan jadwal imunisasi sebagai berikut :

**TABEL 2.1. JADWAL IMUNISASI 2008
REKOMENDASI IKATAN DOKTER ANAK (IDAI) PERIODE 2008**

JENIS VAKSIN	UMUR PEMBERIAN VAKSINASI																
	BULAN						TAHUN										
	LHR	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	2	3	5	6	10	12
PROGRAM PENGEMBANGAN IMUNISASI (PPI - diwajibkan)																	
BCG																	
HEPATITIS B	1	2		3													
POLIO	0		1		2		3				4			5			
DTP			1		2		3				4			5			6
CAMPAK								1							2		
PROGRAM IMUNISASI NON-PPI (dianjurkan)																	
Hib			1		2		3				4						
PNEUMOKOKUS (PVC)			1		2		3			4							
INFLUENZA									DIBERIKAN SETAHUN SEKALI								
MMR									1					2			
TIFOID												ULANGAN TIAP 3 TAHUN					
HEPATITIS A												2x INTERVAL 6 - 12 BLN					
VARISELA																	
HPV																	

(Sumber: WHO, Depkes, & IDAI, 2008)

Berdasarkan Pengembangan Program Imunisasi Nasional, Departemen Kesehatan membuat dua jadwal imunisasi menurut tempat kelahiran anak yaitu lahir di rumah, di rumah sakit dan di rumah bersalin.

TABEL 2.2. JADWAL IMUNISASI DEPARTEMEN KESEHATAN RI

a. Jadwal imunisasi nasional bagi bayi yang lahir di rumah

Jadwal Imunisasi	Umur	Jenis Vaksin	Tempat
Bayi lahir di rumah	0-7 hari	HB 0	Rumah
	1 bulan	BCG, Polio 1	Posyandu*
	2 bulan	DPT/HB 1, Polio 2	Posyandu*
	3 bulan	DPT/HB 2, Polio 3	Posyandu*
	4 bulan	DPT/HB 3, Polio 4	Posyandu*
	9 bulan	Campak	Posyandu*

b. Jadwal imunisasi nasional bagi bayi yang lahir di rumah sakit/ rumah bersalin

Jadwal Imunisasi	Umur	Jenis Vaksin	Tempat
Bayi lahir di RS/RB/Bidan praktik	0 bulan	HB 0, BCG, Polio 1	RS/RB/Bidan
	2 bulan	DPT/HB 1, Polio 2	RS/RB/Bidan/Posyandu*
	3 bulan	DPT/HB 2, Polio 3	RS/RB/Bidan/Posyandu*
	4 bulan	DPT/HB 3, Polio 4	RS/RB/Bidan/Posyandu*
	9 bulan	Campak	RS/RB/Bidan/Posyandu*

Catatan : (*) atau tempat pelayanan lain

DPT/HB diberikan dalam bentuk vaksin Combo

Sumber: WHO, Depkes & IDAI, 2008.

B. Konsep kepatuhan

1. Terminologi kepatuhan

Kepatuhan telah diteliti sejak tahun 1950. Kepatuhan merupakan isu yang penting dalam dunia kesehatan karena regimen layanan kesehatan tidak bernilai tanpa kepatuhan klien (Dracup & Meleis, 1982 dalam Kyngas, et al., 2000). Kyngas, et al. (2000) menyatakan bahwa rendahnya tingkat kepatuhan akan berkontribusi terhadap penurunan efektifitas dan kemanfaatan regimen pengobatan serta peningkatan biaya pengobatan akibat implementasi regimen yang tidak sesuai atau tidak tepat. Ketidakpatuhan juga berpengaruh terhadap kesehatan di masyarakat, misalnya jika pasien tuberculosis tidak mengikuti pengobatan yang harus diterima maka akan terjadi penularan kepada orang lain.

Tahun 1976, Sackett mengenalkan istilah kepatuhan di dunia medis.

Kemudian bersama Haynes pada tahun 1978 mulai banyak melakukan kritik

terhadap istilah kepatuhan. Menurut mereka kepatuhan dapat digambarkan sebagai tingkatan perilaku individu untuk mengikuti pengobatan seperti minum obat, diet yang dianjurkan, atau melakukan perubahan pola hidup sesuai dengan anjuran tim medis dan tim kesehatan (Haynes, 1978 dalam Kyngas, et al., 2000). Namun, jika mengikuti perspektif ilmu keperawatan, definisi tersebut merupakan hal yang problematik. Hal itu dikarenakan definisi kepatuhan tersebut menunjukkan otoritas tenaga kesehatan atas pasien dalam implikasinya dan menolak adanya hak pasien untuk ikut memutuskan perawatannya serta hilangnya otonomi pasien. Definisi tersebut tertolak karena sifat paternalistiknya dan implikasi adanya otoritas tenaga kesehatan atas perilaku dan tindakan pasien (Dracup & Meleis, 1982; Kim, 1983; Kontz, 1989 dalam Kyngas, et al., 2000).

Kim (1983 dalam Kyngas, et al., 2000) menyatakan bahwa definisi kepatuhan menurut Sackett's (1976) tidak dapat membantu memahami bagaimana perilaku pasien dapat berubah. Perubahan perilaku pasien dapat terjadi karena proses yang lain seperti paksaan, kecocokan atau kesepakatan terapi. Terminologi yang sering dipakai sebagai sinonim kepatuhan adalah kepatuhan, ketaatan, dan kesepakatan terapi. Madden (1990 dalam Kyngas, et al., 2000) mengargumentasikan istilah kepatuhan dan ketaatan (*compliance and adherence*) sebagai hasil dari interaksi pasien dan petugas kesehatan sedang kesepakatan terapi adalah proses interaksi itu sendiri.

Kepatuhan mempunyai makna yang tidak menetap sehingga menyulitkan dalam melakukan penelitian terkait dengan kepatuhan. Menurut kamus

bahasa Indonesia (2005), patuh bermakna “suka menurut (perintah dan lain-lain); taat perintah, aturan;berdisiplin”. Sedangkan kepatuhan bermakna “sifat patuh; ketaatan. Kamus Webster’s (1981) memaknai kepatuhan sebagai tindakan mengikuti kebutuhan atau perintah atau saran; persetujuan atau penerimaan; disposisi untuk mengikuti orang lain. Brooker (2002) menyatakan kepatuhan sebagai persetujuan pasien untuk mengikuti petunjuk petugas kesehatan yang professional dalam hal regimen pengobatan, jadwal pengobatan atau gaya hidup yang harus dimodifikasi.

Selain definisi-definisi di atas, banyak definisi lain diberikan mengenai kepatuhan sesuai disiplin ilmu tertentu. Keperawatan sebagai suatu disiplin ilmu harus mempunyai definisi tersendiri yang sesuai dengan filosofi keilmuan (Evangelista, 1999). Menurut Haynes (1979 dalam Evangelista, 1999) “Kepatuhan dalam area kesehatan adalah meningkatnya perilaku seseorang (minum obat, mengikuti diet, atau mengubah gaya hidupnya) mengikuti saran dari petugas kesehatan. Definisi sederhana juga disampaikan oleh Fletcher (1989 dalam Evangelista, 1999) bahwa “Kepatuhan adalah pasien melakukan apa yang professional kesehatan ingin mereka melakukannya”.

Kepatuhan memiliki 5 karakteristik yaitu adanya kemampuan untuk melakukan sesuai dengan yang diharapkan, fleksibel, adaptif, adanya pengaruh orang lain, dan perilaku tambahan dari kepatuhan tersebut (Walker dan Avant, 1988 dalam Evangelista, 1999). Kemudian Dunbar (1981) juga telah memiliki penjelasan untuk masing-masing karakteristik. Karakteristik

kepatuhan yang pertama bermakna adanya perilaku yang ditampilkan sesuai dengan yang diinginkan oleh orang lain. Fleksibel bermakna adanya pengulangan perilaku yang diharapkan sesuai dengan situasi yang ada. Adaptif dimaksudkan adanya kemampuan untuk beradaptasi terhadap sesuai yang baru, berbeda dan berubah dari yang diharapkan. Sementara malleabilitas (*malleability*) bermakna adanya pengaruh dari orang lain yang membuat kepatuhan terjadi. Perilaku tambahan yang biasanya muncul adalah pengaruh hubungan dengan orang lain.

Cameron (1996 dalam Kyngas, et al., 2000) melakukan analisis konsep kepatuhan dan menghasilkan pernyataan bahwa kepatuhan merupakan proses kognitif-motivasi dari tujuan dan perilaku seseorang, sekumpulan perilaku perawatan diri, dan hasil interaksi pasien dan praktisi. Hal ini menurut Trostle (1988 dalam Kyngas, et al., 2000) menunjukkan adanya ideologi yang meningkatkan pengaruh praktisi atau tenaga kesehatan terhadap pasien. Sementara menurut Dracup dan Meleis (1982 dalam Kyngas, et al., 2000) konsep kepatuhan adalah kesadaran akan perilaku individu yang harus dipilih sesuai dengan saran dari klinisi, yang didapat sebagai kesepakatan melalui negosiasi antara pasien dan profesi kesehatan. Definisi ini justru mengindikasikan adanya interaksi untuk memutuskan regimen perawatan kesehatan yang sesuai antara pasien dan profesi kesehatan. Vivian (1996 dalam Kyngas, et al., 2000) menggambarkan kepatuhan sebagai hubungan yang saling mendukung antara perawat-pasien. Peran perawat adalah membantu pasien untuk dapat mematuhi dan mengajak pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam proses. Hal yang sama disampaikan oleh

Kontz (1989 dalam Kyngas, et al., 2000) bahwa kepatuhan akan menguatkan tanggung jawab masing-masing untuk mencapai tujuan.

Hubungan kooperatif sebagai bentuk kepatuhan membutuhkan komunikasi, kompetensi, konfidensi, saling menghargai, dan komitmen diantara semua pihak yang terkait. Hal tersebut juga disampaikan oleh Hussey dan Gilliland (1989) sehingga kepatuhan dapat didefinisikan sebagai perilaku positif pada pasien yang saling menguntungkan untuk tujuan terapi. Sementara Henson (1997 dalam Kyngas, et al., 2000) mendefinisikan hubungan yang saling menguntungkan sebagai hubungan yang dilandasi pemahaman yang mendukung proses yang dinamis dalam interaksi antar individu. Lebih lanjut dinyatakan hubungan saling menguntungkan dapat dimaknai adanya hubungan paternalistik dan pengakuan otonomi.

Kyngas, et al. (2000) membagi kepatuhan berdasarkan tiga hal dalam analisis konsepnya, yaitu :

1). Kepatuhan sebagai perilaku perawatan diri

Bekker dan Kastermans (1994 dalam Kyngas, et al., 2000) menyatakan kepatuhan sebagai bagian dari perilaku perawatan diri dan ketidakpatuhan sebagai defisit perawatan diri. Akan tetapi kepatuhan tidak selalu ada dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan. Pasien kadang hanya mengikuti saran dari profesi kesehatan saja. Defisit perawatan diri dapat mengancam kesehatan dan kesejahteraan pasien akan tetapi tidak demikian dengan ketidakpatuhan.

2). Kepatuhan sebagai proses kognitif-motivasional

Kyngas, et al. (2000) memaknai konsep kepatuhan sebagai konseptualisasi dari perilaku dan tujuan sesuai rekomendasi profesi kesehatan atau sesuai saran regimen pengobatan. Kepatuhan didefinisikan sebagai proses perawatan diri yang aktif, bertujuan, dan bertanggung jawab dalam memelihara kesehatannya dengan kolaborasi dengan staf kesehatan. Definisi ini termasuk perilaku perawatan diri sebagai tujuan dan tindakan (aktivitas, tanggung jawab dan kolaborasi dengan staf kesehatan) dan komitmen perawatan dirinya.

3). Kepatuhan sebagai ideologi.

Saat ini, konsep kepatuhan dihubungkan dengan ideologi yang menguatkan kekuatan profesi dalam layanan kesehatan (Playle & Keeley, 1998). Disebutkan bahwa ideologi difahami sebagai sistem yang diperhatikan dalam norma dan nilai-nilai. Asumsi ideologi tentang kepatuhan, berhubungan dengan proses menjaga kekuatan dan kontrol dari profesi kesehatan terhadap klien.

Definisi kepatuhan yang tidak dapat digeneralisasi membuat sulit untuk mengoperasionalkan dan mengukur kepatuhan (Kyngas, 2000). Oleh karena itu sulit untuk melakukan studi tentang kepatuhan. Untuk memilih metode yang tepat dalam mengukur kepatuhan memerlukan banyak pertimbangan. Pertama, pengukuran kepatuhan pada klien dengan penyakit kronik berbeda dengan penyakit akut; kedua, kepatuhan pada satu regimen tidak selalu berhubungan dengan kepatuhan pada regimen lain; ketiga, perilaku perawatan diri tidak dapat dibandingkan dengan

standar yang ada sehingga perlu dikaji saran-saran yang terkait dengan regimen yang sedang dijalankan.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengukuran kepatuhan dapat dilakukan dengan metode langsung seperti dilakukannya pemeriksaan darah (Kyngas, 2000). Selain itu dapat dilakukan dengan observasi perilaku dan monitor alat yang terkait. Pada orang dewasa memungkinkan pengukuran kepatuhan dengan laporan individu (*self-report*).

C. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan

Kyngas (1999) menemukan bahwa faktor yang dapat memperbaiki kepatuhan adalah motivasi, hasil perawatan, perasaan normal dan energi yang adekuat serta keinginan untuk sampai pada tujuan dalam perawatan. Sementara motivasi dapat ditingkatkan dengan dukungan dan penguatan dari orang tua dan dapat mempengaruhi energi individu dan keinginan untuk sampai pada tujuan perawatan. Hal yang menarik juga ditemukan bahwa rasa takut ternyata dapat memperbaiki kepatuhan yang berhubungan dengan kontrol terhadap penyakit diabetes.

Thorne (1990 dalam Shay, 2008) melakukan analisis kepatuhan berdasarkan pandangan pasien dan ditemukan bahwa pasien menganggap ketidakpatuhan sebagai kebingungan untuk mengikuti saran dari profesi kesehatan. Sementara Schaffer dan Yoon (2001 dalam Shay, 2008) menggambarkan ketaatan sebagai interaksi hubungan pasien-klinisi kesehatan dan kepatuhan sebagai respon pasif

akibat hubungan otoritatif pasien-klinisi kesehatan. Istilah pemeliharaan (*maintenance*) sering digunakan untuk mendeskripsikan ketaatan (*adherence*) terhadap perilaku sehat seperti tujuan menurunkan berat badan dan latihannya.

Menurut studi sebelumnya, Kyngas (1999) membagi faktor yang berhubungan dengan kepatuhan menjadi dua yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal yang berhubungan dengan kepatuhan pada remaja yang menderita diabetes berhubungan dengan usia seperti perilaku, kesan akan penyakitnya, rasionalisasi diri akan pengobatannya, dan emosi yang diakibatkan proses penyakit dan pengobatannya. Sementara faktor eksternal berhubungan dengan lingkungan sosial remaja seperti dukungan keluarga dan teman, kualitas asuhan, rencana pengobatannya dan adanya pemahaman akan intervensi yang diterima.

Studi yang bertujuan mengevaluasi variabel psikologis, biofisik, dan sosiodemografi sebagai prediktor kepatuhan terhadap terapi glatiramer acetate (Copaxone) pada penderita *Multiple Sclerosis* progresif yang dilaporkan oleh individu yang mengalaminya, mendapatkan simpulan bahwa konsep diri (dilihat dari efikasi/kontrol dan fungsi diri, harga diri, dan harapan) mempengaruhi kepatuhan pada individu tersebut. Sementara ketidakmampuan (*disability*) yang muncul dalam gejala kelemahan sensoris, motorik, masalah kognitif dan keterbatasan visual akan mengurangi tingkat kepatuhan untuk medikasi dan perawatan dirinya (Fraser, et al., 2003). Hal ini senada dengan studi oleh Burkhart & Rayens (2005) yang menilai konsep diri hubungannya dengan kepatuhan dan menghasilkan hubungan positif pada anak dengan asthma.

Secara umum, hasil meta-analisis Robin (2004) didapatkan faktor demografi yang berpengaruh terhadap kepatuhan adalah usia, jenis kelamin, pendidikan dan penghasilan. Sementara konteks dan pengukuran kepatuhan dapat dilihat dari aspek waktu, karakteristik atau keadaan sampel, kondisi penyakit dan regimen pengobatannya. Model yang berhubungan dengan kepatuhan menyatakan hubungan tersebut dengan identitas pasien, gambaran diri tentang sakitnya, makna dari terapi yang diterima untuk menjaga dan memperbaiki identitas dirinya. Berdasarkan hal tersebut didapatkan kondisi yang membuat kepatuhan sulit untuk dicapai yaitu jika; 1) regimen terapi lebih persisten (contoh : terapi perilaku) daripada regimen yang terbatas (seperti medikasi), 2) penderitaan yang dirasakan kurang terasa oleh pasien, 3) pendapatan dan pendidikan pasien tidak adekuat.

D. Kepatuhan Imunisasi

Telah banyak studi yang dilakukan untuk mengidentifikasi cakupan imunisasi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Penelitian yang dilakukan Parve (2004) bertujuan untuk menentukan faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi pada anak usia 12 sampai 24 bulan dan intervensi yang dibutuhkan untuk meningkatkan cakupan imunisasi dari 38% menjadi 80% pada usia 24 bulan di klinik keluarga. Penelitian survey acak pada pasien anak di klinik keluarga ini menghasilkan simpulan bahwa terdapat korelasi antara cakupan imunisasi dengan kepatuhan imunisasi. Semakin besar kepatuhan imunisasi akan semakin tinggi angka cakupan imunisasi di suatu area kerja dan semakin menurun kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Sesuai dengan Model Promosi Kesehatan Pender, orang tua sering tidak memiliki perilaku terdidik tentang kesehatan. Menurut Perve (2004) mereka lebih takut akan efek samping imunisasi dan trauma psikologis anak dibandingkan tujuan mencegah penyakit bagi anaknya. Hal itu menunjukkan masih kurangnya pemahaman tentang pentingnya imunisasi bagi anak-anak mereka. Oleh karena itu diperlukan pendidikan kesehatan yang tidak mengenyampingkan budaya dan agama. Dikatakan bahwa kepatuhan imunisasi perlu ditingkatkan sehingga kesenjangan cakupan imunisasi dapat diturunkan dan status kesehatan anak dapat ditingkatkan.

Studi oleh Ramayani, et al. (2007) di Medan, Indonesia mencoba menggali keterlambatan pemberian imunisasi dan faktor-faktor yang berhubungan pada puskesmas di area urban dan suburban. Metode yang digunakan adalah potong lintang (*cross sectional study*) pada Januari-Maret 2004 pada 109 anak yang datang ke Puskesmas untuk mendapatkan layanan imunisasi di 39 Puskesmas. Hasil yang didapatkan dalam studi ini adalah adanya keterlambatan pemberian imunisasi sebesar 22,3% (95% CI 16,9%;27,7%) di area urban dan 29,9% (95% CI 24,0%;35,2%, $P=0.191$) di daerah suburban. Hal tersebut menunjukkan tidak ada perbedaan tingkat keterlambatan imunisasi di area urban dan suburban. Sedangkan faktor yang mempengaruhi adalah usia dimulainya imunisasi lebih dari 3 bulan, jumlah anak lebih dari 4 orang, dan perilaku sehat orang tua terhadap imunisasi yang tergolong rendah.

Pada penelitian deskriptif korelasi yang dilakukan untuk mengevaluasi perilaku dan sikap terhadap 94 ibu yang mempunyai anak usia prasekolah, ditemukan

bahwa tidak ada perbedaan penilaian lokus kontrol dan pemahaman tentang enam penyakit PD3I pada ibu-ibu yang patuh dan yang tidak patuh. Jadi Rosenblum (1981) mendapatkan kesimpulan lain bahwa nilai kesehatan juga tidak mempengaruhi kepatuhan pada ibu dengan karakteristik pendapatan yang rendah, dan pendidikan di bawah Sekolah Menengah Atas/SMA.

Sementara itu Santoli, et al. (1998 dalam Kohrt & Kohrt, 2001) mengidentifikasi gap utama yang terjadi dalam pemberian imunisasi adalah (1) faktor sosial ekonomi termasuk kemiskinan dan biaya vaksinasi; (2) keterlambatan pemberian imunisasi pertama; (3) kurangnya informasi tentang imunisasi pada orang tua maupun dokter; (4) praktek dokter dimana sering terjadi ketidaksesuaian jadwal praktik dengan jadwal imunisasi, kurangnya sistem pengingat jadwal imunisasi dan kesulitan implementasi standar; dan (5) faktor penunjang di klinik seperti adanya perjanjian terlebih dahulu untuk layanan imunisasi dan layanan pemeriksaan kesehatan, waktu menunggu yang lama, dan ketidaknyamanan ruangan atau klinik.

Studi lain yang dilakukan oleh Cotter, et al. (2002) mendapatkan faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakefektifan imunisasi yang didapat anak-anak adalah usia ibu di bawah 20 tahun karena kurang pengetahuan dan tidak mengetahui, daerah rural, dan didapatkan ras tidak mempengaruhi keadaan tersebut. Riset ini bertujuan untuk mengidentifikasi waktu pemberian imunisasi pada anak-anak yang mendapat jaminan Medicaid untuk program manajemen kasus. Metode yang digunakan adalah penelitian retrospektif menggunakan data dari laporan kesehatan anak pada data imunisasi standar 4:3:1 (DPT, Polio, dan MMR).

Goodman & Frerichs (2000) melakukan penelitian tentang kepatuhan terhadap imunisasi di Kern Country, California dengan melakukan survey cepat untuk menggambarkan status imunisasi pada populasi anak usia nol sampai dua tahun dan mengidentifikasi alasan ketidakpatuhan dengan rekomendasi imunisasi yang sudah ditetapkan. Dari 860 anak, 38% anak menerima imunisasi sesuai jadwal dan 44% anak tidak sesuai jadwal. Alasan utama ketidakpatuhan adalah anak sakit, menunda, dan kurangnya akses informasi dan pelayanan. Sedangkan faktor-faktor yang berhubungan meliputi karakteristik demografi (usia ibu, ras, penghasilan, pendidikan baik ayah maupun ibu). Selain itu didapatkan pentingnya informasi tujuan imunisasi bagi orang tua dan dokter untuk meningkatkan kepatuhan imunisasi.

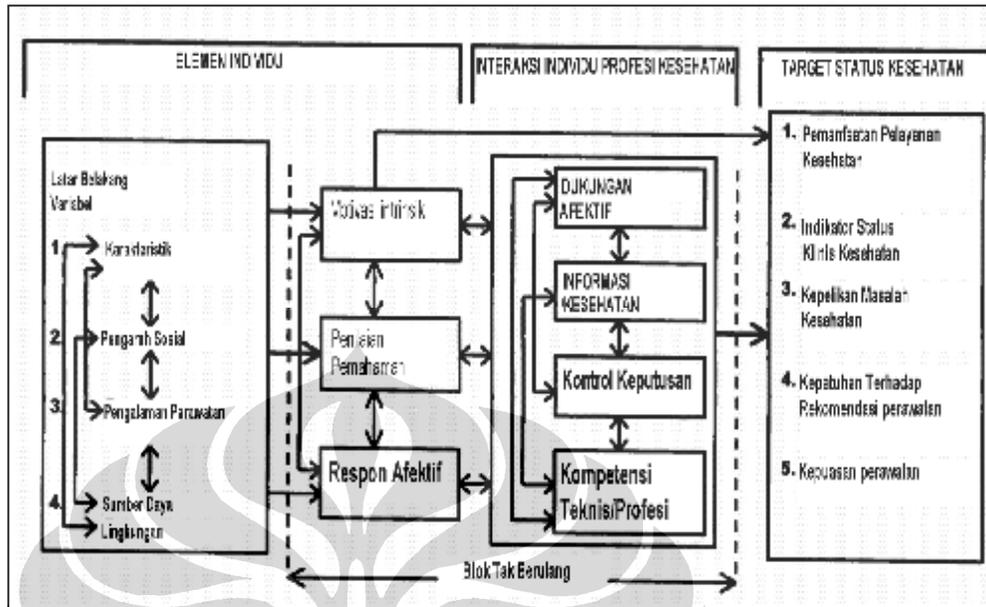
Beberapa studi di Indonesia telah dilakukan untuk melihat faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi, diantaranya adalah studi oleh Hanum, et al. (2005) tentang cakupan imunisasi di Yogyakarta yang bertujuan mengetahui angka cakupan imunisasi di Yogyakarta dan faktor determinan yang berhubungan dengan cakupan dan ketepatan jadwal imunisasi. Penelitian potong lintang dengan subjek anak usia 12-23 bulan tinggal di kota madya Yogyakarta dan empat kabupaten di propinsi Yogyakarta. Hasil studi menunjukkan cakupan imunisasi di Yogyakarta mencapai 90% dan determinan cakupan tersebut adalah tempat dilakukannya imunisasi.

E. Teori *The Interaction Model of Client Health Behavior/IMCHB*

Banyak model teori yang dapat digunakan untuk memahami, memprediksi dan memperbaiki tingkat kepatuhan seperti teori *Health belief model*, teori *Planned Behavior*, dan *Transtheoretical Model*. Menurut Robin (2004) komponen yang terkandung dalam model teori yang terkait dengan kepatuhan tersebut meliputi komunikasi profesi kesehatan-pasien, kognitif pasien dan proses sosial (kepercayaan, norma), dan sumber daya pasien (finansial, psikologis dan dukungan sosial).

Menurut Pender (1996) selain teori tersebut di atas terdapat model teori yaitu Interaksi model bagi perilaku sehat klien (*The Interaction Model of Client Health Behavior/IMCHB*) oleh Cox (1985). Model ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi pengaruh faktor intrinsik dan faktor yang lain yang saling berinteraksi untuk menciptakan perilaku sehat klien yang berhubungan dengan motivasi. Faktor intrinsik tersebut yaitu karakteristik demografi, pengaruh keadaan sosial, pengalaman kesehatan yang terdahulu, dan sumber daya lingkungan. Dari elemen diri klien tersebut terdapat kategori sikap individu yang meliputi motivasi intrinsik, evaluasi kognitif, dan respon afektif. Kemudian faktor-faktor tersebut berinteraksi dengan elemen interaksi klien-profesi seperti dukungan afektif, informasi kesehatan, kontrol terhadap keputusan, dan kompetensi teknik/profesi. Hasil yang diharapkan dalam interaksi tersebut adalah 1) Pemanfaatan layanan kesehatan yang ada; 2) indikasi klinis status kesehatan klien; 3) Tingkat keparahan masalah kesehatan yang terjadi; 4) Kepatuhan terhadap rekomendasi sesuai regimen yang sedang dijalankan; 5) Kepuasan dengan pelayanan yang ada.

SKEMA 2.2. THE INTERACTION MODEL OF CLIENT HEALTH BEHAVIOR

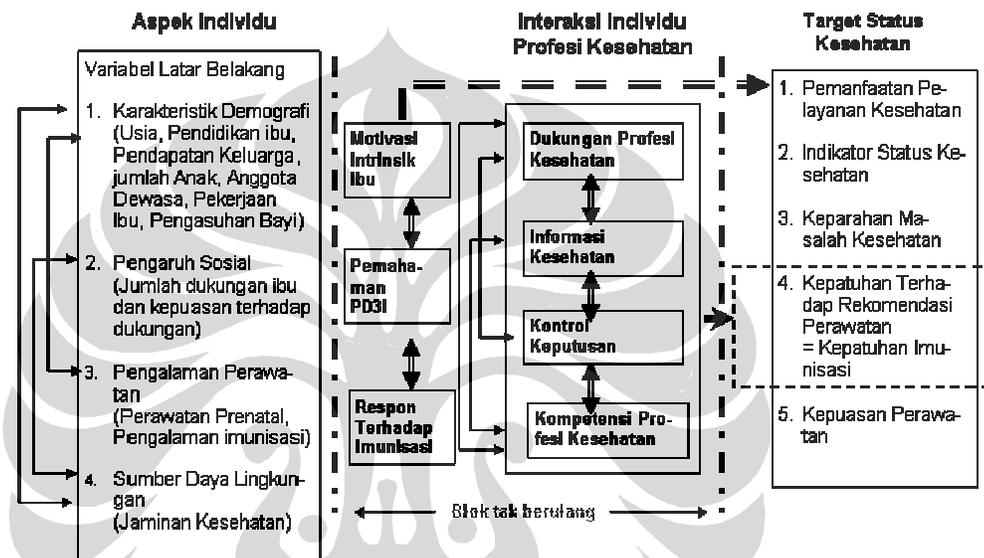


Sumber : Pender (2004).

F. Kerangka teori

Berdasarkan tinjauan teoritis yang telah dibahas di atas, maka kerangka teori yang digunakan untuk memandu penelitian ini adalah :

SKEMA 2.3. KERANGKA TEORI



Sumber: Dikembangkan dari IMCHB, Cox (1985).

BAB III
KERANGKA KONSEP , HIPOTESIS
DAN DEFINISI OPERASIONAL PENELITIAN

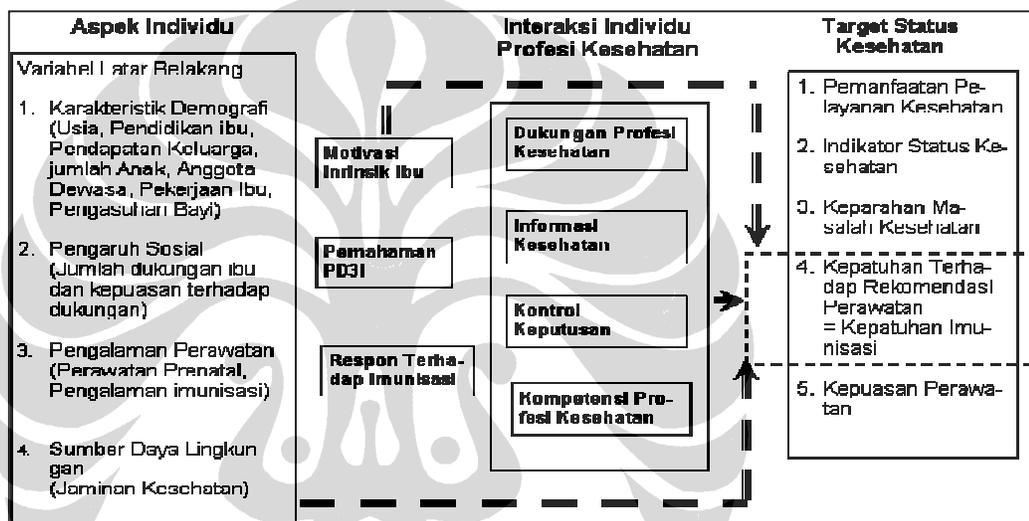
A. Kerangka Konsep

Berdasarkan studi literatur, didapatkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diantaranya adalah aspek individu klien, aspek interaksi klien-profesi kesehatan dan aspek kesehatan sebagai hasil. Berdasarkan tiga elemen tadi dapat diuraikan menjadi beberapa faktor yaitu karakteristik demografi, pengaruh keadaan sosial, pengalaman sehat yang terdahulu, dan sumber daya dari lingkungan. Dari elemen diri klien tersebut dapat dikategorikan menjadi motivasi intrinsik, evaluasi kognitif, dan respon afektif. Kemudian faktor-faktor tersebut berinteraksi dengan elemen interaksi klien-profesi seperti dukungan afektif, informasi kesehatan, kontrol terhadap keputusan, dan kompetensi teknik/profesi. Hasil yang diharapkan dalam interaksi tersebut adalah: 1) pemanfaatan layanan kesehatan yang ada; 2) indikasi klinis status kesehatan klien; 3) tingkat keparahan masalah kesehatan yang terjadi; 4) kepatuhan terhadap rekomendasi sesuai regimen yang sedang dijalankan; 5) kepuasan dengan pelayanan yang ada.

Sedangkan hasil-hasil studi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi menyatakan bahwa yang mempengaruhi kepatuhan

tersebut adalah karakteristik demografi (usia ibu, ras, penghasilan, pendidikan baik ayah maupun ibu). Selain itu, terdapat faktor terlambat memulai imunisasi, kurangnya informasi bagi orang tua maupun dokter tentang imunisasi, praktik dokter, keadaan klinik layanan imunisasi (hal ini terkait dengan interaksi klien-profesi kesehatan).

SKEMA 3.1. KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Sumber : Dikembangkan dari IMCHB Cox (1985).

B. Hipotesis Penelitian

a. Hipotesa mayor

Terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi di kota Depok

b. Hipotesa minor

1. Faktor karakteristik demografi berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
2. Pengaruh sosial berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi

3. Riwayat perawatan prenatal berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
4. Pengalaman imunisasi anak sebelumnya berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
5. Sumber daya lingkungan berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
6. Motivasi intrinsik ibu berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
7. Pemahaman tentang PD3I dan imunisasi berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
8. Respon terhadap pemahaman PD3I dan imunisasi berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
9. Dukungan sikap dari profesi kesehatan berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
10. Informasi kesehatan tentang imunisasi berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
11. Kontrol keputusan untuk memberikan imunisasi berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi
12. Kompetensi profesi akan pemberian imunisasi berhubungan dengan tingkat kepatuhan imunisasi

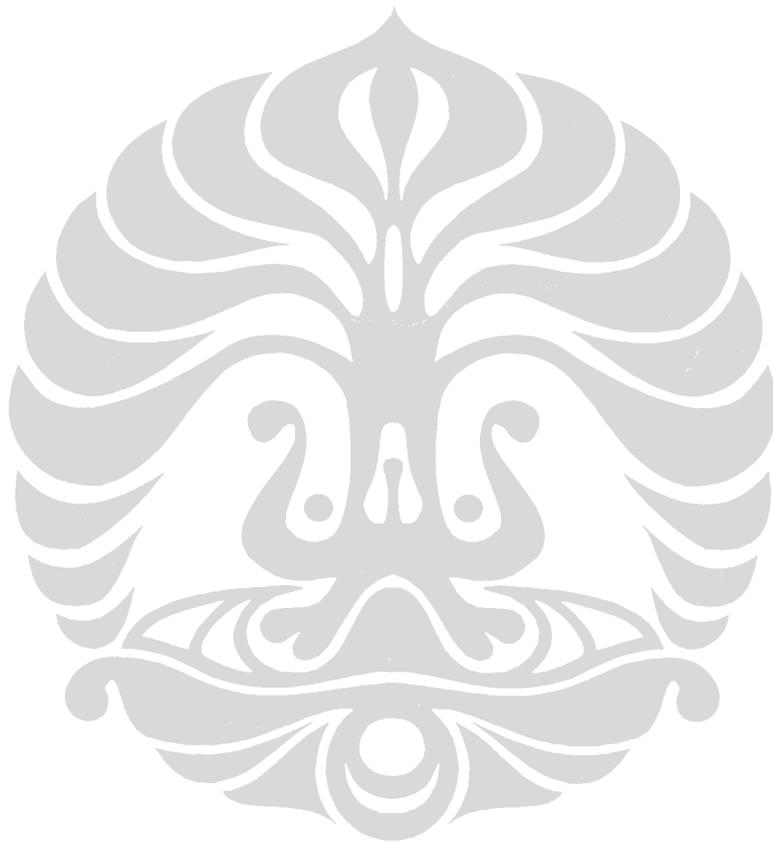
B. Variabel Penelitian Dan Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur & Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1.	Karakteristik demografi	Identitas demografis yang dilihat dari usia ibu, suku bangsa ibu, pendapatan keluarga, pendidikan ibu, jumlah anak, pekerjaan ibu Usia adalah umur pada ulang tahun terakhir.	Kuesioner berisi pertanyaan tentang usia ibu	Usia : Usia ibu saat ini	Rasio
		Suku adalah Suku bangsa ibu dari	Pertanyaan tentang suku bangsa ibu	Suku: hasil adalah suku ibu	Nominal
		Pendapatan adalah pendapatan keluarga (penghasilan ibu dan ayah).	Pertanyaan tentang pendapatan keluarga	Penghasilan keluarga : 1= < 1 juta, 2= > 1 juta	Ordinal
		Pendidikan adalah tingkat pendidikan terakhir yang diselesaikan ibu	Pertanyaan tentang pendidikan terakhir ibu	Pendidikan ibu: 0= Pendidikan dasar (SD dan SMP) 1= Pendidikan lanjut (SMA, DIII dan Sarjana)	Ordinal
		Jumlah anak adalah jumlah anak yang dilahirkan ibu	Pertanyaan tentang jumlah anak	Jumlah anak dilihat dari : 1= 1 anak 2= 2 anak 3= > 2 anak	Ordinal
		Pekerjaan ibu adalah status bekerja atau tidak bekerja ibu	Pertanyaan tentang pekerjaan ibu	Pekerjaan ibu : 0 = tidak bekerja 1 = bekerja	Ordinal

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur & Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
2.	Pengaruh sosial	Efek interaksi dengan komunitas adalah efek dukungan terhadap kepuasan responden	Kuesioner berisi pertanyaan tentang dukungan terhadap Ibu dari orang terdekat	1 = tidak puas dengan dukungan, nilai $\leq 5,57$ (median) 2 = puas dengan dukungan, nilai $> 5,57$ (median)	Ordinal
3.	Perawatan prenatal	Perawatan prenatal adalah Riwayat kunjungan prenatal saat hamil bayi yang terakhir.	Kuesioner berisi pertanyaan tentang riwayat kunjungan ke klinik saat hamil	1 = tidak rutin, nilai $\leq 2,00$ (median) 2 = rutin, nilai $> 2,00$ (median)	Ordinal
4.	Pengalaman imunisasi anak sebelumnya	Pengalaman imunisasi pada anak sebelumnya meliputi kelengkapan imunisasi yang didapat, tepat sesuai jadwal, tempat dilakukan imunisasi	Kuesioner berisi pertanyaan tentang pengalaman imunisasi anak sebelumnya	0 = tidak berpengalaman 1 = tidak lengkap 2 = lengkap	Ordinal
5.	Sumber daya lingkungan	Dukungan finansial berupa jaminan kesehatan	Pertanyaan tentang dukungan pengasuhan dan dukungan finansial	1 = tidak ada jaminan 2 = ada jaminan kesehatan	Nominal
6.	Motivasi internal	Motivasi dalam diri Ibu untuk memberikan imunisasi yang lengkap	Pertanyaan tentang motivasi Ibu terhadap imunisasi	1 = motivasi rendah, nilai $\leq 1,00$ (median) 2 = motivasi tinggi, nilai $> 1,00$ (median)	Ordinal
7.	Pemahaman tentang PD3I dan imunisasi	Pemahaman ibu tentang penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi dan jenis-jenis imunisasi yang harus didapat bayi.	Pertanyaan tentang pemahaman Ibu terhadap PD3I	1 = pemahaman rendah, nilai $\leq 1,00$ (median) 2 = pemahaman tinggi, nilai $> 1,00$ (median)	Ordinal

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur & Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
8.	Respon terhadap pemahaman PD3I dan imunisasi	Respon Ibu untuk memberikan imunisasi setelah memahami PD3I dan imunisasi	Pertanyaan tentang respon Ibu terhadap imunisasi	1 = respon tidak takut, nilai $\leq 1,00$ (median) 2 = respon takut, nilai $> 1,00$ (median)	Ordinal
9.	Dukungan dari profesi kesehatan	Keadaan yang merupakan dukungan dari profesi kesehatan yang membuat Ibu selalu membawa bayinya untuk diimunisasi	Pertanyaan dukungan tenaga kesehatan terhadap kemauan Ibu membawa bayinya untuk diimunisasi	1 = dukungan kurang baik, nilai $\leq 1,00$ (median) 2 = dukungan baik, nilai $> 1,00$ (median)	Ordinal
10.	Informasi kesehatan tentang imunisasi	Informasi kesehatan yang dimiliki Ibu tentang PD3I dan imunisasi	Pertanyaan tentang informasi yang didapat Ibu tentang imunisasi	1 = informasi kurang, nilai $\leq 1,00$ (median) 2 = informasi cukup, nilai $> 1,00$ (median)	Ordinal
11.	Kontrol keputusan untuk memberikan imunisasi	Keadaan dimana terdapat kontrol untuk membuat keputusan dalam memberikan imunisasi yang dilihat dari seberapa besar profesi kesehatan berperan dalam membantu Ibu membuat keputusan yang tepat	Pertanyaan tentang keputusan untuk membawa bayinya diimunisasi	1 = kontrol tidak ada, nilai $\leq 1,00$ (median) 2 = kontrol ada, nilai $> 1,00$ (median)	Ordinal
12.	Kompetensi profesi akan pemberian imunisasi	Kemampuan profesi kesehatan dalam memberikan imunisasi pada bayi	Pertanyaan tentang kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan imunisasi dari pandangan ibu	1 = kurang berkompeten, nilai $\leq 1,00$ (median) 2 = berkompeten, nilai $> 1,00$ (median)	Ordinal

No.	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur & Alat ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
13.	Kepatuhan	Pemberian imunisasi yang lengkap sesuai program imunisasi dasar depkes.	Laporan vaksin yang didapat bayi untuk imunisasi dasar	1 = jumlah imunisasi tidak lengkap (tidak patuh) 2 = jumlah imunisasi lengkap (patuh)	Ordinal



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain potong lintang (*cross sectional*). Oleh karena itu data untuk tiap variabel diambil hanya satu kali dan dalam waktu yang sama. Pada penelitian *cross sectional* peneliti mencari hubungan antara variabel bebas (faktor risiko) dengan variabel terikat (efek) dengan melakukan pengukuran sesaat. Jadi pada penelitian ini tidak ada tindak lanjut selanjutnya (Ghazali, et al., 2008).

Langkah-langkah pada studi *cross sectional* ini meliputi : 1) Merumuskan pertanyaan penelitian serta hipotesis yang sesuai; 2) Mengidentifikasi variabel bebas dan terikat; 3) Menetapkan subjek penelitian; 4) Melaksanakan pengukuran; dan 5) Melakukan analisis.

Berdasarkan langkah-langkah diatas maka setelah merumuskan hipotesis mayor dan minor ditetapkan variabel bebas dan terikat. Sementara itu penetapan subjek penelitian dilakukan dengan menghitung jumlah sampel penelitian berdasarkan rumus penghitungan sampel pada penelitian prognostik. Sebagai penelitian potong lintang, studi ini dilakukan dengan

mengambil data menggunakan kuesioner yang hanya dilakukan satu kali pengambilan.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Menurut Kerlinger (1986 dalam Burns & Grove, 1997) populasi adalah seluruh elemen (individu, obyek, atau zat) yang sesuai dengan kriteria umum penelitian yang bersangkutan. Peneliti harus menentukan populasi yang mudah dijangkau dan paling merepresentasikan sampel studinya (Burns & Grove, 1997). Berdasarkan pengertian tersebut, maka populasi penelitian ini adalah ibu yang mempunyai anak-anak usia 12-23 bulan yang ada di kota Depok pada bulan dilakukan penelitian yaitu bulan Juni sampai Juli 2009.

2. Sampel

Sampel merupakan representasi populasi yang dijadikan sumber informasi bagi semua data. Menurut Burns dan Grove (1997) sampel merupakan bagian dari populasi yang dipilih untuk penelitian terkait dan anggota-anggota sampel adalah subyek penelitian. Menentukan besar sampel merupakan aspek penting dalam rancangan penelitian.

Adapun kriteria inklusi untuk sampel penelitian ini adalah :

- a. Ibu dari anak berusia 12-23 bulan yang tinggal di kota Depok
- b. Mampu berkomunikasi (mampu menulis dan membaca)

- c. Bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*

Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel berdasarkan konsensus (*the role of tumb*) untuk penelitian prognostik dengan melakukan koreksi terhadap nilai yang didapat dari mengalikan jumlah variabel dengan 10, kemudian dihitung/dikoreksi dengan faktor insiden berdasarkan rumus (Sopiyudin, 2007):

$$N' = N/I$$

N' = besar sampel penelitian prognostik

N = besar sampel sebelum koreksi

I = insiden

Didapatkan perhitungan sebagai berikut :

$$N' = (10 \times 12)/55,6$$

$$N' = 234$$

Berdasarkan hasil penghitungan tersebut kemudian ditentukan sistem *cluster* untuk mendapatkan sampel dimana ditentukan 30 cluster desa/kelurahan yang ada di Depok. Jumlah sampel 234 responden dibagi dalam 30 *cluster* didapatkan 8-9 responden tiap *cluster* desa/kelurahan.

Selanjutnya penentuan pengambilan sampel sesuai *cluster* adalah

1. Menentukan jumlah cluster yang akan diambil yaitu 30 *cluster* berdasarkan fisibilitas dari 63 kelurahan yang ada di kota Depok.

Selanjutnya melakukan acak *cluster* dan didapatkan kelurahan yang diambil adalah:

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| a. Kukusan | p. Mekarsari |
| b. Beji Timur | q. Tugu |
| c. Pondok Cina | r. Jatijajar |
| d. Beji | s. Sukamaju Baru |
| e. Sawangan Lama | t. Rangkapan Jaya Baru |
| f. Bojongsari Baru | u. Pancoran Mas |
| g. Duren Mekar | v. Cipayung |
| h. Pasir Putih | w. Pondok Jaya |
| i. Meruyung | x. Rangkapan Jaya Lama |
| j. Grogol | y. Depok |
| k. Pangkalan Jati Lama | z. Mekarjaya |
| l. Cinere | ã. Tirtajaya |
| m. Curug | ä. Kalimulya |
| n. Pasir Gunung Selatan | ö. Sukmajaya |
| o. Sukatani | aa. Jatimulya |

2. Setelah mengurus perijinan, peneliti mendatangi masing-masing kelurahan yang terpilih untuk mengambil subjek penelitian sebanyak 8-9 responden.
3. Responden diambil berdasarkan sistem acak cepat dimana dimulai dari RW siaga terdekat dari kelurahan.

C. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kota Depok dengan mengambil keluarga dengan sistem *random* pada sejumlah kelurahan yang terpilih.

D. Waktu Penelitian

Pengembangan proposal dimulai pada bulan Februari 2009 dilanjutkan dengan proses pengambilan data yang dilakukan di bulan Juni 2009, kemudian analisis data dilakukan setelahnya yaitu pada bulan Juli 2009.

E. Etika Penelitian

Etika penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *beneficence, respect for human dignity, and justice*.

1. Prinsip *beneficence* (manfaat)

Prinsip ini meliputi prinsip untuk membuat responden terbebas dari bahaya, terhindar dari eksploitasi dan mendapatkan manfaat dari penelitian. Selain itu peneliti harus mengkaji perbandingan risiko dan manfaat dari penelitian tersebut (Polit & Hungler, 1999). Penelitian ini dapat memberikan manfaat berupa peningkatan pengetahuan tentang kondisi responden dan anaknya, mendapatkan kepuasan karena dapat berpartisipasi dan keluar dari rutinitasnya dan kepuasan karena dapat membantu orang lain dari hasil penelitian ini untuk menyelesaikan masalah yang mungkin menimpa orang lain.

Selain itu, penelitian ini juga tidak membahayakan responden (*non-maleficence*) karena responden hanya diminta untuk mengisi kuesioner dan akan dijaga kerahasiaan data yang diberikan serta tidak akan menyita waktu yang lama bagi responden.

2. Prinsip *respect for human dignity* (menghargai martabat orang lain)

Prinsip ini memungkinkan responden penelitian untuk berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian ini. Tidak ada paksaan dan tidak ada tindakan yang akan memberatkan responden jika responden tidak bersedia berpartisipasi. Responden boleh menolak berpartisipasi atau mengklarifikasi terkait tujuan dan prosedur penelitian.

Peneliti harus menjelaskan alur penelitian, hak-hak responden misalnya hak untuk menolak berpartisipasi, tanggung jawab peneliti dan perbandingan risiko dan keuntungan atau manfaat yang akan didapat responden (Polit & Hungler, 1999). Penjelasan tentang penelitian biasa dilakukan di awal pengambilan data, akan tetapi, dapat dilakukan ulang jika ada hal yang membutuhkan penjelasan bagi responden.

3. Prinsip *justice* (keadilan)

Keadilan bagi responden penelitian ini dapat berupa perlakuan yang sama dan hak untuk dijaga kerahasiannya. Perlakuan yang diharapkan sebagai bentuk keadilan bagi responden adalah :

- a. Pemilihan responden yang adil dan dipilih berdasarkan tujuan penelitian, bukan karena alasan-alasan tertentu.
- b. Tidak ada perilaku yang memberatkan jika responden mengundurkan diri dari penelitian ini setelah menyetujuinya.
- c. Responden mudah mengakses atau menghubungi peneliti jika ingin melakukan klarifikasi

- d. Responden dapat menerima penjelasan ulang dalam proses pengambilan data
- e. Selalu menghargai, sopan dan jujur pada responden (Polit & Hungler, 1999)

Kerahasiaan yang terjaga meliputi kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan responden. Peneliti mencoba melakukan hal-hal di bawah ini untuk menjaga kerahasiaan responden dan informasi yang didapat, yaitu:

- a. Mengambil data identitas responden jika diperlukan saja.
- b. Menyimpan informasi identitas dan data dalam file yang terkunci.
- c. Memasukkan data tanpa identitas pada komputer.
- d. Meminta kepada personel yang berhubungan dengan data ini untuk menyimpan kerahasiaan data (peneliti menggunakan jasa pengumpul data yaitu mahasiswa yang sedang praktik keperawatan komunitas).
- e. Jika akan dilakukan publikasi maka samarkan identitas responden (Polit & Hungler, 1999)

4. *Informed consent* (Pernyataan persetujuan keikutsertaan dalam penelitian)

Responden yang diikutsertakan dalam penelitian diberikan informasi yang jelas tentang prosedur penelitian dan pertimbangan risiko dan keuntungannya untuk responden agar responden dapat memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak dengan pemahaman yang penuh. *Informed consent* merupakan pernyataan bahwa responden bersedia berpartisipasi

dengan pemahaman yang utuh tentang penelitian ini atau memutuskan untuk tidak berpartisipasi.

Di dalam *informed consent* terdapat informasi yang harus ada yaitu status responden, tujuan penelitian, jenis data yang akan diambil, komitmen waktu, penyandang dana, pemilihan responden, prosedur, potensial risiko dan manfaat, keuntungan, penjagaan kerahasiaan, hak untuk mengundurkan diri, dan informasi kontak dengan peneliti (Polit & Hungler, 1999).

F. Alat Pengumpul Data

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi. Sebagian pertanyaan dalam kuesioner ini adalah hasil adopsi dari kuesioner baku (*Social Support Questioner 6, Health Self-Determinism Index, dan Communicable Disease Perceived Vulnerability Scale*) dan sebagian adalah hasil pengembangan peneliti. Sebelum kuesioner menjadi baku untuk penelitian ini maka dilakukan uji coba pada 20 responden di Kelurahan Kebayoran Baru Jakarta Selatan pada tanggal 19 Mei 2009. Berdasarkan instrumen yang telah dikembangkan dari hasil uji coba maka dikumpulkan data-data sebagai berikut:

1. Data demografi

Pertanyaan untuk menggali data demografi sebanyak 9 pertanyaan meliputi usia ibu, suku bangsa, alamat tempat tinggal, pendidikan terakhir

ibu, jumlah anak, anggota keluarga yang tinggal satu rumah, pengasuh bayi di rumah, dan pekerjaan ibu serta penghasilan keluarga.

2. Faktor pengaruh sosial

Pengaruh sosial dilihat berdasarkan seberapa banyak dukungan dari orang terdekat (6 pertanyaan) dan seberapa puas ibu dengan dukungan yang diterima sebanyak 6 pertanyaan juga (diambil dari kuesioner *Social Support Questionnaire 6* dan *Satisfaction Score 6* yang dikembangkan oleh Sarason et al., 1987). Hasil uji coba kuesioner ini menunjukkan bahwa kuesioner tersebut valid pada $r > 0,444$.

3. Faktor perawatan prenatal

Riwayat kunjungan prenatal yang dilihat dari seberapa banyak kunjungan dilakukan dan kapan dimulainya kunjungan (2 pertanyaan demografik yang dikembangkan sendiri)

4. Faktor pengalaman imunisasi anak sebelumnya

Pengalaman imunisasi sebelumnya digali dengan menanyakan kelengkapan imunisasi anak sebelumnya, ketepatan mengikuti jadwal imunisasi dan tempat biasanya ibu membawa bayinya untuk diimunisasi (4 pertanyaan yang dikembangkan sendiri sebagai data demografi).

5. Faktor sumber daya lingkungan

Sumber daya lingkungan yang dimaksud adalah pertanyaan tentang dukungan jaminan kesehatan dan ketersediaan dukungan kendaraan (2 pertanyaan)

6. Faktor motivasi internal Ibu

Pertanyaan untuk melihat motivasi internal ibu adalah dengan menanyakan 17 pertanyaan dari kuesioner yang telah digunakan pada

beberapa penelitian sebelumnya yang disebut dengan *Health Self-Determinism Index* (HSDI) dengan reliabilitas dan validitas pada saat uji coba menghasilkan $r < 0,444$. Tetapi dikarenakan instrumen ini telah dilakukan uji coba pada 6 studi sebelumnya maka instrumen ini tetap digunakan.

7. Faktor pemahaman tentang PD3I dan imunisasi

Pemahaman tentang PD3I digali menggunakan 8 pertanyaan (pengembangan dari CDPVS) yang menggambarkan pemahaman responden tentang PD3I. Hasil dari uji coba didapatkan nilai r hitung $> 0,444$ (Alpha Cronbach = 0,875) sehingga dapat disimpulkan masing-masing pertanyaan adalah reliabel dan valid.

8. Faktor respon terhadap pemahaman PD3I dan imunisasi

Setelah Ibu memahami PD3I dan imunisasi, selanjutnya ditanyakan sikap atau respon tindakan akibat dari pemahaman tersebut dengan menggunakan 3 pertanyaan. Akan tetapi hasil uji coba didapatkan hanya 1 pertanyaan yang reliabel dan valid pada Alpha 0,648 (r hitung $> 0,444$).

9. Faktor dukungan sikap dari profesi kesehatan

Dukungan dari tenaga kesehatan penting untuk diperhatikan sebagai faktor penguat ibu untuk melakukan saran dari profesi kesehatan. (6 pertanyaan). Setelah diuji coba didapatkan hanya 3 pertanyaan yang valid (r hitung $> 0,444$) dan reliabel pada Alpha 0,969.

10. Faktor informasi kesehatan tentang imunisasi

Informasi yang diberikan profesi kesehatan penting untuk digali agar terlihat sejauh mana informasi dapat mempengaruhi kepatuhan ibu

mengimunisasi anaknya (5 pertanyaan). Hasil uji coba didapatkan semua pertanyaan valid dan reliable pada Alpha 0,937.

11. Faktor kontrol keputusan untuk memberikan imunisasi

Sejauh mana petugas kesehatan dapat memegang kendali atas keputusan ibu memberi imunisasi bayinya (3 pertanyaan). Seluruh pertanyaan terbukti valid dan reliabel pada Alpha 0,798.

12. Faktor kompetensi profesi akan pemberian imunisasi

Kompetensi profesi kesehatan penting dikaji agar dapat diketahui pengaruhnya terhadap pemanfaatan layanan kesehatan (4 pertanyaan). Variabel ini dapat dinilai berdasarkan pertanyaan yang sama karena setelah diuji didapatkan hasil yang reliabel dan valid pada Alpha 0,855.

13. Data imunisasi yang telah didapat oleh anak ketika berusia sebelum satu tahun.

Data ini didapatkan berdasarkan isian imunisasi yang didapat bayi baik dari KMS maupun laporan ibu. Jika menurut KMS dan laporan ibu, bayi mendapatkan imunisasi maka dianggap mendapatkan imunisasi. Hal ini berlaku sebaliknya (untuk BCG ditambahkan jika terdapat skar maka dianggap telah mendapatkan imunisasi BCG).

G. Prosedur Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer didapat dari jawaban atas kuesioner yang diberikan kepada ibu dan data skunder didapat dari pencatatan pemberian imunisasi bayi ibu.

Adapun langkah-langkah yang telah dilakukan dalam pengumpulan data penelitian adalah :

1. Mendapatkan surat keterangan lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan UI.
2. Mendapatkan ijin dari Dinas Kesehatan kota Depok dan Litbangkesmas kota Depok.
3. Mendatangi tiap kelurahan dan menyisir dari RW Siaga ke 8-9 rumah disekitarnya untuk mencari responden yang sesuai kriteria inklusi bersama kader.
4. Meminta kesediaan responden yang menjadi sampel dengan terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
5. Meminta kesukarelaan responden untuk menandatangani *informed consent*.
6. Memberikan kuesioner kepada responden untuk diisi dan meminta ijin untuk melihat data imunisasi anak baik dari KMS (Kartu Menuju Sehat) maupun kartu imunisasi yang lain. Pada saat responden kesulitan maka kuesioner dibacakan dan responden diminta menjawab sesuai pilihan dalam kuesioner.
7. Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis.
8. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan asisten peneliti. Asisten peneliti adalah mahasiswa program profesi sebanyak 6 orang. Sebelum mereka mengumpulkan data (menyebarkan kuesioner) mereka dilatih terlebih dahulu untuk pengambilan data dan diberikan petunjuk pelaksanaannya.

H. Pengolahan dan Analisis Data

Data yang terkumpul dilakukan proses sebagai berikut :

1. Fase preanalisis

Data dikumpulkan kemudian dicek dan edit data untuk kelengkapannya. Selanjutnya *coding* data, *entry* data, lalu dilakukan *cleaning* data dan disimpan dalam file analisis tersendiri.

2. Pengkajian pendahuluan

Di sini dilakukan pengkajian masalah data *missing*, mengkaji kualitas data, data bias, dan kajian terhadap asumsi menggunakan tes statistik.

3. Analisis pendahuluan

Sebelum data ditransformasi, data diuji kenormalan distribusinya. Setelah diketahui data berdistribusi tidak normal kemudian ditransformasi untuk membuat data menjadi berdistribusi normal. Hasil transformasi menggunakan beberapa cara tidak dapat menormalkan distribusi data sehingga untuk transformasi dan recoding data menggunakan median. Data ditransformasi, dilihat masalah nilai *missing*, membuat skala, menggabungkan indeks data, dan membuat analisis permukaan yang berhubungan dengan desain penelitian.

4. Analisis inti

Data dianalisis dengan statistik deskriptif, kemudian dibuat analisis bivariat. Hasil analisis bivariat yang tidak dapat membuktikan kemaknaan faktor-faktor yang diuji membuat uji statistik tidak dapat dilanjutkan ke uji multivariat.

- a. Analisis univariat untuk melihat distribusi masing-masing variabel bebas dan terikat

b. Analisis bivariat yang dilakukan adalah dengan uji *Chi Square* dan *t independent* untuk menguji hipotesis pengaruh masing-masing faktor terhadap variabel kepatuhan yang dilihat dari cakupan imunisasi. Kemudian dikarenakan data berdistribusi tidak normal maka uji kemaknaan menggunakan uji nonparametrik (Spearman).

5. Fase interpretasi

Hasil pengolahan data selanjutnya diintegrasikan dan dianalisis serta disintesis kemudian dibuat analisis interpretatif lanjutannya (Polit & Hungler, 1999). Analisis interpretatif dilakukan untuk menyatakan hasil dari pengujian terhadap variabel yang diuji dalam penelitian ini.



BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan hasil analisis data sekaligus interpretasinya. Selama periode 7 – 20 Juni 2009 telah terkumpul 237 responden, sehingga jumlah minimal responden dalam penelitian ini telah terpenuhi.

Analisis data mengacu pada tujuan penelitian. Jenis analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif statistik dan analisis bivariat untuk mengetahui tingkat korelasi faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi.

A. Analisis univariat

Uji univariat yang dilakukan disini untuk menghasilkan deskripsi karakteristik individu dan aspek interaksi individu dan profesi kesehatan.

1. Aspek individu

Aspek individu dibagi dalam dua kelompok variabel yaitu variabel latar belakang dan variabel sikap ibu. Variabel latar belakang ibu meliputi karakteristik demografi, pengaruh sosial, perawatan prenatal, pengalaman imunisasi anak sebelumnya dan sumber daya lingkungan. Sementara itu variabel sikap ibu meliputi motivasi intrinsik, pemahaman ibu tentang PD3I, dan respon terhadap imunisasi.

Diagram 5.1a. Distribusi Responden Berdasarkan Suku Bangsa di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)

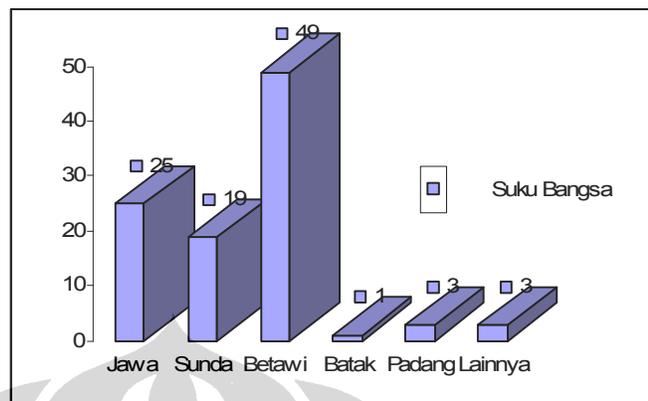
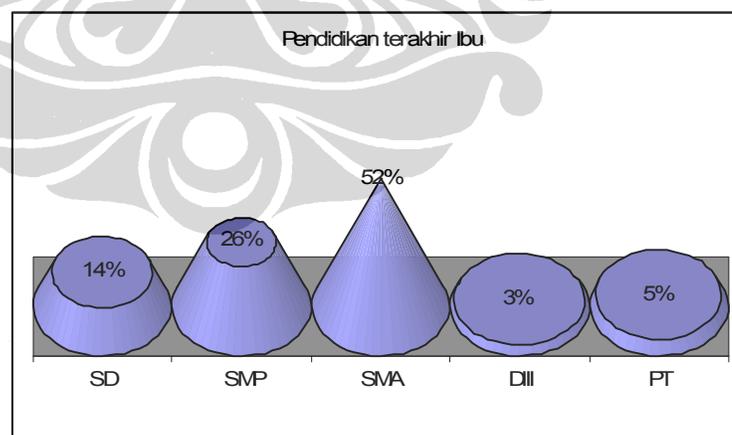


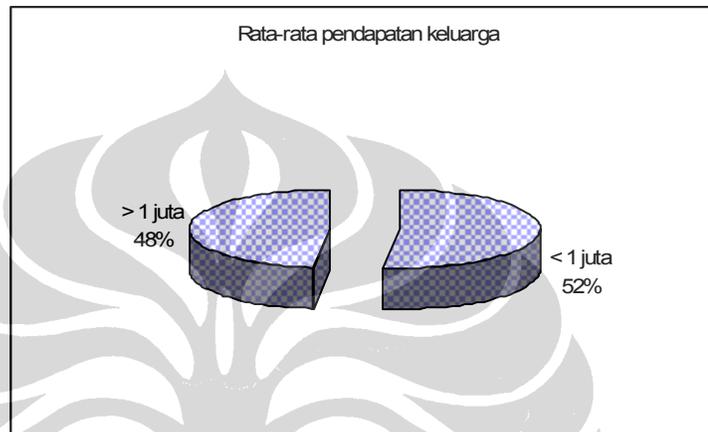
Diagram di atas menunjukkan prosentase suku ibu mayoritas ditempati oleh suku Betawi (49%), diikuti suku Jawa (25%) dan Sunda (19%). Ibu yang mempunyai suku di luar pilihan yang ada berasal dari Nusa Tenggara Timur, Aceh, Makasar dan lain-lain.

Diagram 5.1b. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Ibu di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)



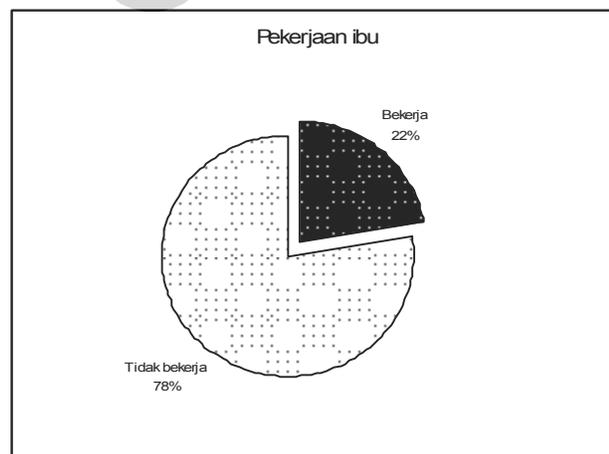
Distribusi tingkat pendidikan ibu tampak bahwa mereka mempunyai tingkat pendidikan lanjut (SMU ke atas) adalah 60,3% dimana yang mempunyai tingkat pendidikan SMU sebesar 53,2%.

Diagram 5.1c. Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan keluarga di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)



Pada **diagram 5.1c.** terlihat rerata pendapatan keluarga sebagian besar berada di bawah 1 juta (52,3%) dan responden yang mempunyai pendapatan keluarga lebih dari 1 juta sebanyak 47,7% dengan *missing* data 1 responden.

Diagram 5.1d. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Ibu di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)



Selanjutnya pada **diagram 5.1d.** dapat dilihat proporsi pekerjaan ibu lebih besar sebagai ibu rumah tangga (77,6%) dan sisanya bekerja di sektor publik.

Diagram 5.1e. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga Dewasa di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)

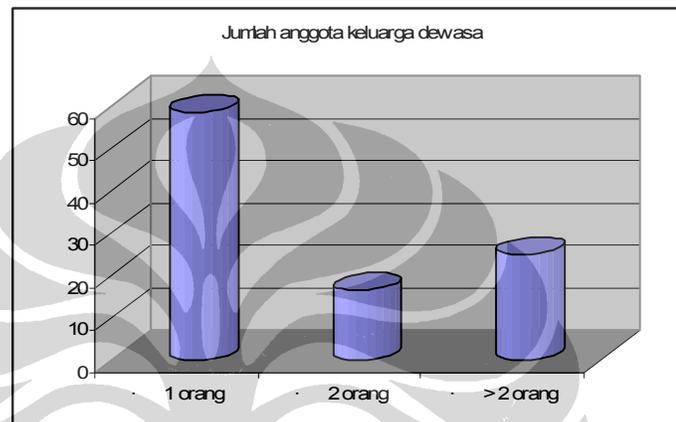
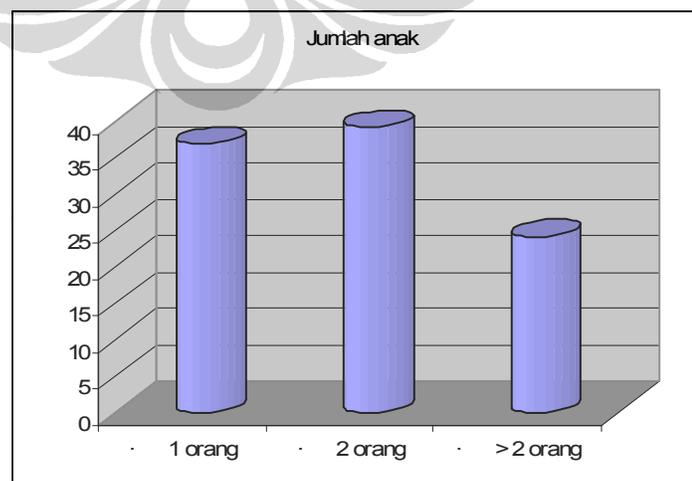


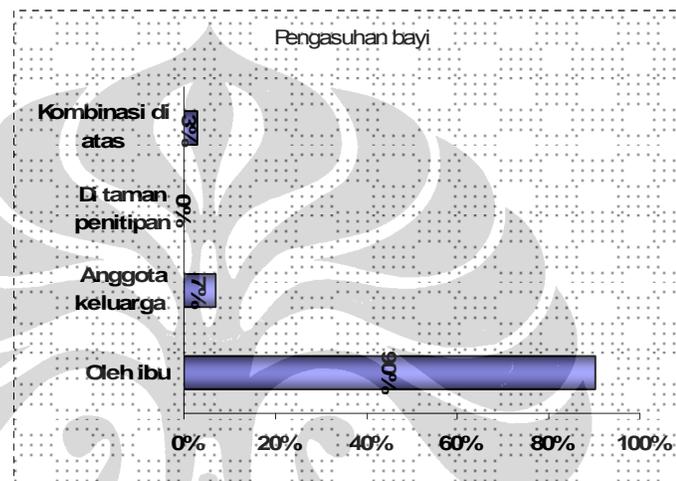
Diagram ini menggambarkan jumlah anggota keluarga dewasa yang hidup satu rumah dengan ibu yaitu sebesar 58,6% hanya tinggal bersama suami.

Diagram 5.1f. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anak di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)



Sementara menurut **diagram 5.1f.** ini, jumlah anak yang menjadi tanggungan dalam keluarga sebagian besar memiliki anak satu dan dua orang dimana prosentase terbesar keluarga mempunyai anak 2 orang (39,2%) dan keluarga dengan 1 anak sebesar 36,9%.

Diagram 5.1g. Distribusi Responden Berdasarkan Pengasuhan Bayi di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)



Berdasarkan diagram di atas, maka dapat dilihat bahwa hampir seluruh ibu mempercayakan pengasuhan pada keluarga baik oleh ibu sendiri maupun anggota keluarganya yang lain. Tampak bahwa 90% ibu mengasuh bayinya sendiri.

Karakteristik individu yang lain yang dapat dinilai selain data demografi adalah pengaruh sosial, perawatan prenatal dan sumber daya lingkungan.

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Ibu dan Pengaruh Sosial bagi Ibu di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)

Variabel	Mean	SD	Min-maks
1. Usia	29,2	5,615	17-48
2. Jumlah dukungan	1,84	1,04	1,00-8,00
3. Kepuasan terhadap dukungan	5,53	0,49	4,00-6,00

Tabel distribusi responden di atas menunjukkan bahwa rata-rata usia ibu adalah 29,2 tahun (min-maks adalah 17-48 tahun). Selain itu data ini juga menunjukkan ketersediaan dukungan bagi ibu dan kepuasan atas dukungan yang diterimanya. Berdasarkan instrumen yang digunakan (modifikasi dari *SSQ6 : Social support questioner 6*), dukungan yang dinilai antara 1 sampai 9 orang. Jika nilai kurang dari 1 menunjukkan ibu berada dalam situasi tidak dapat mengidentifikasi orang yang dapat mendukungnya. Kepuasan terhadap dukungan yang diterima ibu menunjukkan bahwa mereka merasakan kepuasan (mean= 5,53, SD=0,49 dan berada pada interval 4,00-6,00).

Tabel 5.3. Distribusi Responden Berdasarkan Perawatan Prenatal, Pengalaman Imunisasi, dan Sumber Daya Lingkungan bagi Ibu di Kota Depok, Juni, 2009 (n=237)

No.	Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Perawatan prenatal		
	Kunjungan prenatal : - Trimester 1	209	88,2
	- Trimester 2	20	8,4
	- Trimester 3	7	3,0
	- Saat akan melahirkan	1	0,4
	• Frekuensi kunjungan		
	○ < 4 kali	13	5,5
	○ 4-8 kali	48	20,3
	○ > 8 kali	176	74,3
2.	Pengalaman imunisasi sebelumnya		
	• Mempunyai pengalaman		
	○ Ada pengalaman	147	62,0
	○ Tidak ada pengalaman	90	38,0
	Dari yang berpengalaman:		
	• Kelengkapan imunisasi sebelumnya		
	○ Lengkap		
	○ Tidak lengkap	131	89,1
	• Mengikuti jadwal imunisasi	16	10,9
	○ Mengikuti		
	○ Tidak mengikuti	125	85,0
		22	15,0
3.	Sumber daya lingkungan		
	• Jaminan kesehatan		
	○ Tidak ada jaminan	169	71,3
	○ Ada jaminan	68	28,7
	• Ketersediaan transportasi ke klinik		
	○ Jalan kaki	58	24,5
	○ Mobil/motor sendiri	57	24,1
	○ Mobil teman/tetangga	0	0
	○ Kendaraan umum	88	37,1
	○ Kombinasi	34	14,3

Perawatan prenatal dari para ibu menunjukkan bahwa 88,2% ibu melakukan kunjungan prenatal pertama kali pada trimester pertama, serta terdapat 1 responden hanya pada saat akan melahirkan. Sementara frekuensi kunjungan prenatal selama kehamilan mayoritas ibu adalah 94,6% melakukan kunjungan sesuai dengan anjuran Depkes agar melakukan kunjungan prenatal minimal 4 kali kunjungan.

Sedangkan riwayat imunisasi sebelumnya yang merupakan pengalaman bagi ibu dalam mengimunisasi anak-anaknya menunjukkan 62,0% mendapat imunisasi lengkap.

Sumber daya lingkungan menjadi faktor pendukung ibu dalam memberikan imunisasi kepada anaknya. Data dalam penelitian ini menunjukkan sebagian besar ibu tidak memiliki jaminan kesehatan bagi anaknya yaitu sekitar 71,3%. Ketersediaan alat transportasi yang akan memudahkan untuk melakukan kunjungan saat imunisasi, sebagian besar menyatakan pergi ke fasilitas kesehatan dengan berjalan kaki yaitu 24,5%.

Sementara itu aspek individu sebagai sikap ibu dinilai berdasarkan motivasi internal, pemahaman terhadap PD3I dan respon terhadap pemahaman dan terhadap imunisasi itu sendiri.

Tabel 5.4. Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Ibu terhadap Imunisasi Bayinya di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)

No.	Aspek yang dinilai	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Motivasi internal Ibu		
	• Motivasi rendah	108	45,6
	• Motivasi tinggi	129	54,4
2.	Pemahaman tentang PD3I		
	• Pemahaman rendah	179	75,5
	• Pemahaman tinggi	58	24,2
3.	Respon terhadap imunisasi		
	• Respon tidak takut	137	57,8
	• Respon takut	100	42,2

Tabel 5.4. menggambarkan motivasi intrinsik ibu dalam memelihara kesehatan anaknya, dalam hal ini untuk membawa anaknya mendapatkan

imunisasi terdiri dari dua kategori yaitu ibu yang memiliki motivasi rendah 45,6% dan ibu dengan motivasi tinggi sebesar 54,4%. Sedangkan pemahaman terhadap PD3I yang diharapkan dapat menjadi faktor penentu kepatuhan juga tampak bahwa 75,5% ibu memiliki pemahaman yang rendah dan sisanya pemahamannya cukup tinggi. Faktor intrinsik ibu yang lain adalah bagaimana ibu berespon terhadap pemahamannya dan terhadap pemberian imunisasi itu sendiri yaitu sebesar 57,8% takut jika anaknya mendapatkan imunisasi dan sisanya tidak berespon takut.

2. Aspek interaksi individu-profesi kesehatan

Berdasarkan aspek ini, penilaian meliputi dukungan dari profesi kesehatan, informasi kesehatan tentang imunisasi, kontrol keputusan untuk memberikan imunisasi dan aspek kompetensi profesi dalam pemberian imunisasi.

Tabel 5.5. Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Profesi Kesehatan, Informasi Kesehatan, Kontrol Keputusan untuk Memberikan Imunisasi dan Kompetensi Profesi Pemberian Imunisasi di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)

No.	Aspek yang dinilai	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Dukungan sikap dari profesi kesehatan		
	• Dukungan kurang baik	189	79,7
	• Dukungan baik	48	20,3
2.	Informasi kesehatan tentang imunisasi		
	• Informasi kurang	181	76,4
	• Informasi cukup	56	23,6
3.	Kontrol keputusan memberikan imunisasi		
	• Kontrol tidak ada	203	85,7
	• Kontrol ada	34	14,3
4.	Kompetensi profesi pemberian imunisasi		
	• Kurang berkompeten	199	84
	• Berkompeten	38	16

Berdasarkan data di atas tampak sebaran seluruh aspek interaksi individu dengan profesi kesehatan berada pada penilaian interaksi yang kurang adekuat. Hal ini dapat dilihat salah satunya dari kompetensi profesi pemberi imunisasi yang menunjukkan responden menyatakan 84% profesi kesehatan kurang berkompeten dalam pemberian imunisasi.

3. Kepatuhan

Kepatuhan imunisasi dinilai berdasarkan kelengkapan imunisasi yang didapat bayi para ibu yang menjadi responden penelitian.

Tabel 5.6. Distribusi Responden Berdasarkan Kelengkapan Imunisasi Tiap Jenis Imunisasi dan Cakupan UCI di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)

No.	Aspek yang dinilai	Frekuensi	Prosentase (%)
1.	Kelengkapan imunisasi		
	• Lengkap	75	31,6
	• Tidak lengkap	162	68,4
2.	Cakupan imunisasi BCG		
	• Terimunisasi	236	99,6
	• Tidak terimunisasi	1	0,4
3.	Cakupan imunisasi Hepatitis B0		
	• Terimunisasi	91	38,4
	• Tidak terimunisasi	146	61,6
4.	Cakupan imunisasi Hepatitis B1		
	• Terimunisasi	233	98,3
	• Tidak terimunisasi	4	1,7
5.	Cakupan imunisasi Hepatitis B2		
	• Terimunisasi	227	95,8
	• Tidak terimunisasi	10	4,2
6.	Cakupan imunisasi Hepatitis B3		
	• Terimunisasi	210	88,6
	• Tidak terimunisasi	27	11,4
7.	Cakupan imunisasi DPT1		
	• Terimunisasi	234	98,7
	• Tidak terimunisasi	3	1,3

Tabel 5.6. Distribusi Responden Berdasarkan Kelengkapan Imunisasi Tiap Jenis Imunisasi dan Cakupan UCI di Kota Depok, Juni 2009 (n=237) (Lanjutan)

No.	Aspek yang dinilai	Frekuensi	Prosentase (%)
8.	Cakupan imunisasi DPT2		
	• Terimunisasi	228	96,2
	• Tidak terimunisasi	9	3,8
9.	Cakupan imunisasi DPT3		
	• Terimunisasi	217	91,6
	• Tidak terimunisasi	20	8,4
10.	Cakupan imunisasi Campak		
	• Terimunisasi	208	87,8
	• Tidak terimunisasi	29	12,2
11.	Cakupan imunisasi Polio1		
	• Terimunisasi	235	99,2
	• Tidak terimunisasi	2	0,8
12.	Cakupan imunisasi Polio2		
	• Terimunisasi	233	98,3
	• Tidak terimunisasi	4	1,7
13.	Cakupan imunisasi Polio3		
	• Terimunisasi	225	94,9
	• Tidak terimunisasi	12	5,1
14.	Cakupan imunisasi Polio4		
	• Terimunisasi	208	87,8
	• Tidak terimunisasi	29	12,2

Data di atas menunjukkan tingkat UCI di Kota Depok berdasarkan penelitian ini adalah 31,6% (cakupan imunisasi lengkap). Sedangkan cakupan masing-masing jenis imunisasi adalah BCG sebesar 99,6%, Hepatitis B0-7 sebesar 38,4%, Hepatitis B1 sebesar 98,3%, Hepatitis B2 sebesar 95,8%, Hepatitis B3 sebesar 88,65. Sementara cakupan DPT1 sebesar 98,7%, DPT2 sebesar 96,2%, DPT3 sebesar 91,6% dan Campak sebesar 87,8%. Untuk cakupan Polio1 sebesar 99,2%, Polio2 sebesar 98,3%, Polio3 sebesar 94,9% dan Polio4 sebesar 87,8%. Sementara itu karena cakupan UCI menjadi dasar kepatuhan maka prosentase tersebut menunjukkan tingkat kepatuhan imunisasi bayi di kota Depok.

B. Analisis bivariat

Uji korelasi bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Chi square* untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan terikat yang berbentuk data kategorik dan kategorik serta uji *t-independent* untuk menguji variabel numerik dan kategorik. Akan tetapi karena hampir sebagian besar data berdistribusi tidak normal maka uji yang digunakan untuk menilai kemaknaan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi adalah uji nonparametrik Spearman.

1. Hubungan antara usia ibu dengan kepatuhan imunisasi bayi

Di bawah ini adalah tabel yang menunjukkan hubungan antara usia ibu dengan kepatuhan imunisasi.

Tabel 5.7. Hasil Analisis Hubungan Antara Usia Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)

Imunisasi	Mean	SD	SE	P value
Tidak Lengkap	29,37	5,573	0,438	0,451
Lengkap	28,83	5,724	0,661	

Hasil analisis hubungan antara usia ibu dengan kelengkapan imunisasi bayi menunjukkan rerata usia ibu dengan bayi yang memiliki status imunisasi lengkap adalah 28,83 tahun. Sementara itu, perbedaan proporsi kejadian imunisasi tidak lengkap sesuai kategori umur menunjukkan tidak ada korelasi kejadian imunisasi lengkap dan tidak lengkap dengan usia ibu (*p value* 0,451). Hal ini menolak hipotesis bahwa usia ibu mempengaruhi kepatuhan imunisasi.

2. Hubungan pendapatan keluarga dengan kepatuhan imunisasi bayi.

Di bawah ini akan digambarkan tabel hasil analisis hubungan antara pendapatan keluarga dengan kepatuhan imunisasi.

Tabel 5.8. Hasil Analisis Hubungan Antara Pendapatan Keluarga dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009 (n=236)

Pendapatan	Kelengkapan imunisasi				<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		
	n	%	n	%	
< 1 juta	81	84,6	43	39,4	0,316
> 1 juta	80	76,4	32	35,6	
Total	161	68,2	75	31,8	

Tabel di atas menunjukkan bahwa pendapatan keluarga yang terbagi menjadi pendapatan di bawah satu juta dan di atas satu juta tidak mempengaruhi kelengkapan imunisasi bayi (*p value* 0,316).

3. Hubungan pendidikan ibu dengan kepatuhan imunisasi bayi

Hubungan pendidikan ibu dengan kepatuhan imunisasi bayi diperlihatkan pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.9. Hasil Analisis Hubungan Antara Pendidikan Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni, 2009

Pendidikan Ibu	Kelengkapan imunisasi				Total N	<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap			
	n	%	n	n		
Pendidikan dasar	64	68,1	30	31,9	94	0,943
Pendidikan lanjut	98	68,5	45	31,5	143	
Total	162	68,4 %	75	31,6	237	

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kepatuhan imunisasi yang dilihat dari kelengkapan imunisasi bayinya menunjukkan bahwa ibu dengan tingkat pendidikan lanjut (SMU ke atas) sebanyak 68,5% memiliki bayi dengan status imunisasi yang tidak lengkap. Analisis korelatif menghasilkan interpretasi dimana tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan imunisasi (p value > 0,05). Hal ini menunjukkan hipotesis yang ditegakkan ditolak.

4. Hubungan jumlah anak dengan kepatuhan imunisasi bayi

Hubungan jumlah anak dengan kepatuhan imunisasi bayi ditampakan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 5.10. Hasil Analisis Hubungan Antara Jumlah Anak dalam Keluarga Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Jumlah anak	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P</i> value
	Tidak lengkap		Lengkap		N	%	
	n	%	n	%			
1 orang	58	66,7	29	33,3	87	100	0,435
2 orang	62	66,7	31	33,3	93	100	
>3 orang	42	73,7	15	26,3	57	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Hasil analisis ini menunjukkan responden dengan jumlah anak satu orang, dua orang dan tiga atau lebih anak hampir merata. Hasil uji nonparametrik didapatkan tidak ada hubungan korelatif antara jumlah anak sebagai tanggungan keluarga dengan kepatuhan imunisasi (p value 0,435).

5. Hubungan pekerjaan ibu dengan kepatuhan imunisasi bayi

Pekerjaan ibu dan kepatuhan imunisasi dihubungkan dan menghasilkan analisis sebagai berikut:

Tabel 5.11. Hasil Analisis Hubungan Antara Pekerjaan Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Pekerjaan Ibu	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		N	%	
	N	%	n	%			
Bekerja	37	69,8	16	30,2	53	100	0,797
Tidak bekerja	125	67,9	59	32,1	184	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Sebanyak 67,9% ibu yang tidak bekerja mempunyai bayi dengan status imunisasi yang tidak lengkap. Hasil uji nonparametriknya menunjukkan tidak ada hubungan antara status pekerjaan ibu dengan kepatuhan imunisasi bayinya (*p value* 0,797).

6. Hubungan pengasuhan bayi dengan kepatuhan imunisasi bayi

Hasil hubungan pengasuhan bayi dengan kepatuhan imunisasi bayi tampak dalam tabel di bawah ini.

Tabel 5.12. Hasil Analisis Hubungan Antara Pengasuhan Bayi dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Pengasuhan bayi	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		N	%	
	n	%	n	%			
Ibu sendiri	144	67,9	68	32,1	212	100	0,707
Anggota keluarga lain	13	76,5	4	23,5	17	100	
Kombinasi	5	62,5	3	37,5	8	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Pengasuhan bayi sebagian besar dilakukan oleh ibu sendiri dan sebanyak 67,9% ibu yang melakukan pengasuhan sendiri mempunyai bayi dengan status imunisasi yang tidak lengkap. Hasil uji nonparametriknya menunjukkan tidak ada hubungan pengasuhan tersebut dengan kepatuhan imunisasi ($p \text{ value} > 0,05$).

7. Hubungan perawatan prenatal dengan kepatuhan imunisasi bayi

Hubungan antara perawatan prenatal ibu dengan kepatuhan imunisasi bayi digambarkan dalam tabel.

Tabel 5.13. Hasil Analisis Hubungan Antara Perawatan Prenatal Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Perawatan prenatal	Kelengkapan imunisasi				Total	<i>P value</i>	
	Tidak lengkap		Lengkap				
	n	%	n	%	N	%	
Tidak rutin	26	16	8	10,8	34	100	0,273
Rutin	136	84	67	64,2	203	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar ibu telah melakukan perawatan prenatal secara rutin. Akan tetapi jika dihubungkan dengan kepatuhan imunisasi menunjukkan tidak ada hubungan antara perawatan prenatal dengan kepatuhan imunisasi ($p \text{ value} > 0,05$).

8. Hubungan pengaruh sosial dengan kepatuhan imunisasi bayi

Tabel di bawah akan menjelaskan hasil analisis hubungan pengaruh sosial dengan kepatuhan imunisasi bayi di kota Depok.

Tabel 5.14. Hasil Analisis Hubungan Antara Pengaruh Sosial Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009 (n=237)

Variabel	Frekuensi	Mean	SD	SE	P value
Dukungan sosial					
• Tidak lengkap	162	10,2284	4,75	0,37	0,583
• Lengkap	75	10,7467	5,23	0,60	
Kepuasan terhadap dukungan					
• Tidak lengkap	162	5,55	0,477	0,037	0,376
• Lengkap	75	5,49	0,527	0,061	

Berdasarkan hasil analisis yang tampak pada tabel terlihat bahwa rata-rata jumlah dukungan terhadap ibu dengan status imunisasi tidak lengkap pada bayinya adalah 10,2284 orang dan rerata kepuasan ibu dengan status imunisasi bayi tidak lengkap dan dukungan yang diterima adalah 5,55 (antara sangat puas dan lumayan puas). Selain itu didapatkan tidak adanya hubungan antara pengaruh sosial tersebut dengan kepatuhan imunisasi bayi ($p\ value > 0,05$).

9. Hubungan pengalaman imunisasi dengan kepatuhan imunisasi bayi

Pengalaman imunisasi sebelumnya jika dihubungkan dengan kepatuhan imunisasi saat ini menghasilkan analisis di bawah ini :

Tabel 5.15. Hasil Analisis Hubungan Antara Pengalaman Imunisasi dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Pengalaman imunisasi	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak mempunyai pengalaman	60	66,7	30	33,3	90	100	0,365
Pengalaman lengkap	88	67,2	43	32,8	131	100	
Pengalaman tidak lengkap	14	87,5	2	12,5	16	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Berdasarkan data di atas, tampak bahwa ibu yang mempunyai pengalaman imunisasi yang lengkap sebesar 67,2% memiliki bayi dengan status imunisasi tidak lengkap. Hal ini menunjukkan juga ketidakpatuhan ibu untuk mengimunisasi anaknya yang sekarang, dimana tampak tidak ada hubungan antara pengalaman imunisasi sebelumnya dengan kepatuhan imunisasi yang sekarang (*p value* > 0,05).

10. Hubungan sumber daya lingkungan dengan kepatuhan imunisasi Bayi

Sumber daya lingkungan yang ditunjukkan dari adanya jaminan kesehatan dapat dihubungkan dengan kepatuhan imunisasi dan menghasilkan analisis sebagai berikut:

Tabel 5.16. Hasil Analisis Hubungan Antara Jaminan Kesehatan Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Jaminan Kesehatan		Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
		Tidak lengkap		Lengkap		n	%	
		n	%	n	%			
Tidak jaminan	ada	110	65,1	59	34,9	169	100	0,089
Ada jaminan		52	76,5	16	23,5	68	100	
Total		162	68,4	75	31,6	237	100	

Salah satu sumber daya lingkungan yang dinilai adalah ada tidaknya jaminan kesehatan bagi bayinya. Gambaran yang terlihat adalah ibu yang tidak mempunyai jaminan kesehatan (65,1%) memiliki bayi dengan status imunisasi tidak lengkap. Hal ini juga menunjukkan tidak ada hubungan antara kepemilikan jaminan kesehatan dengan kepatuhan imunisasi (*p value* 0,089).

11. Hubungan motivasi intrinsik dengan kepatuhan imunisasi bayi

Motivasi intrinsik jika dianalisis hubungan dengan kepatuhan imunisasi menghasilkan data sebagai berikut:

Tabel 5.17. Hasil Analisis Hubungan Motivasi Intrinsik Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Motivasi intrinsik		Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
		Tidak lengkap		Lengkap		n	%	
		n	%	n	%			
Motivasi rendah		73	67,6	35	32,4	108	100	0,751
Motivasi tinggi		89	69,0	40	31,0	129	100	
Total		162	68,4	75	31,6	237	100	

Motivasi intrinsik dinilai berdasarkan kuesioner modifikasi SSQ6 berupa 17 pertanyaan tentang sikap terhadap kesehatan. Pada tabel tampak bahwa distribusi responden hampir sama antara ibu yang mempunyai motivasi tinggi (69,0%) dan motivasi rendah (67,6%) untuk kondisi status imunisasi tidak lengkap. Sedangkan uji yang ingin menjawab hipotesis terkait, menghasilkan kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara motivasi intrinsik dengan kepatuhan imunisasi ($p \text{ value} > 0,05$).

12. Hubungan pemahaman tentang PD3I dengan kepatuhan imunisasi bayi

Pemahaman tentang PD3I dihubungkan dengan kepatuhan imunisasi bayi menghasilkan analisis sebagai berikut:

Tabel 5.18. Hasil Analisis Hubungan Antara Pemahaman Ibu tentang PD3I dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Pemahaman terhadap PD3I	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		n	%	
	n	%	n	%			
Pemahaman rendah	124	69,3	55	30,7	179	100	0,754
Pemahaman tinggi	38	65,5	20	34,5	58	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Jumlah ibu yang memiliki pemahaman tentang PD3I rendah dan memiliki bayi dengan status imunisasi tidak lengkap sebanyak 69,3%. Analisis lain menghasilkan penolakan hipotesis yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pemahaman tentang PD3I dengan kepatuhan imunisasi ($p \text{ value} > 0,05$).

13. Hubungan respon terhadap imunisasi dengan kepatuhan imunisasi bayi

Respon terhadap imunisasi jika dihubungkan dengan kepatuhan imunisasi menunjukkan hasil analisis di bawah ini:

Tabel 5.19. Hasil Analisis Hubungan Antara Respon Ibu terhadap Imunisasi dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Respon terhadap imunisasi	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak takut	98	71,5	39	28,5	137	100	0,090
Takut	64	64,0	36	36,0	100	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Respon terhadap pemahaman tentang PD3I dan terhadap imunisasi yang akan diberikan kepada bayinya menunjukkan sebagian ibu yang memiliki bayi dengan status imunisasi tidak lengkap menyatakan khawatir (takut) anaknya kesakitan saat diimunisasi sebanyak 71,5%. Sedangkan hubungan antara ketakutan tersebut dengan kepatuhan imunisasi dibuktikan tidak ada hubungan dengan *p value* 0,090.

14. Hubungan dukungan profesi kesehatan dengan kepatuhan imunisasi bayi

Di bawah ini adalah tabel analisis hubungan dukungan profesi kesehatan dengan kepatuhan imunisasi bayi.

Tabel 5.20. Hasil Analisis Hubungan Antara Dukungan Profesi Kesehatan kepada Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Dukungan profesi kesehatan	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		n	%	
	n	%	n	%			
Kurang baik	129	67,5	62	32,5	191	100	0,582
Baik	33	71,7	13	28,3	46	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Ibu yang merasa mendapatkan dukungan yang kurang adekuat dari petugas kesehatan sebagian besar memiliki bayi dengan status imunisasi tidak lengkap yaitu 67,5%. Sementara itu analisis hubungan dihasilkan tidak adanya hubungan antara dukungan tersebut dengan kepatuhan imunisasi di antara para ibu (*p value* > 0,05).

15. Hubungan informasi kesehatan tentang imunisasi dengan kepatuhan imunisasi bayi

Informasi kesehatan tentang imunisasi yang didapat dari petugas kesehatan jika dihubungkan dengan kepatuhan imunisasi menghasilkan analisis sebagai berikut:

Tabel 5.21. Hasil Analisis Hubungan Antara Informasi tentang Imunisasi dari Profesi Kesehatan kepada Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Informasi dari petugas kesehatan	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		n	%	
	n	%	n	%			
Kurang	128	69,2	57	30,8	185	100	0,604
Cukup	34	65,4	18	34,6	52	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Sebagian besar ibu merasa kurang mendapat informasi tentang imunisasi dari petugas kesehatan sehingga tampak pada ibu yang memiliki bayi dengan status imunisasi tidak lengkap, mereka merasa kurang mendapat informasi (69,1%). Sementara itu hipotesis hubungan antara informasi yang didapat ibu dengan kepatuhan imunisasi ditolak ($p\ value > 0,05$).

16. Hubungan kontrol keputusan untuk memberikan imunisasi dengan kepatuhan imunisasi bayi

Kontrol keputusan untuk memberi imunisasi kepada bayinya diharapkan dilakukan oleh profesi kesehatan. Analisis di bawah ini menunjukkan hubungan kontrol keputusan dengan kepatuhan imunisasi.

Tabel 5.22. Hasil Analisis Hubungan Antara Kontrol Keputusan Ibu dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Kontrol keputusan	Kelengkapan imunisasi				Total	<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap			
	n	%	N	%	n	
Tidak ada	139	68,1	65	31,9	204	100
Ada	23	69,7	10	30,3	33	100
Total	162	68,4	75	31,6	237	100

Aspek interaksi individu dan profesi kesehatan yang lain dapat dilihat dari seberapa besar kontrol keputusan ibu untuk mengimunisasi bayinya. Disini tampak tidak ada kontrol keputusan yang memadai pada sebagian besar ibu dimana terlihat ibu yang memiliki bayi dengan status imunisasi tidak lengkap juga tidak merasakan kontrol keputusan yang memadai tersebut sebanyak 68,1%. Pada uji hipotesisnya didapatkan tidak ada hubungan antara kontrol keputusan imunisasi dengan kepatuhan imunisasi bayi ($p\ value > 0,05$).

17. Hubungan kompetensi profesi pemberi imunisasi dengan kepatuhan imunisasi bayi

Kompetensi profesi kesehatan dalam memberi layanan imunisasi dapat dihubungkan dengan kepatuhan imunisasi dan menghasilkan tabel di bawah ini:

Tabel 5.23. Hasil Analisis Hubungan Antara Kompetensi Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

Kompetensi petugas kesehatan	Kelengkapan imunisasi				Total		<i>P value</i>
	Tidak lengkap		Lengkap		n	%	
	n	%	N	%			
Kurang berkompeten	139	69,2	62	30,8	201	100	0,534
Berkompeten	23	63,9	13	36,1	36	100	
Total	162	68,4	75	31,6	237	100	

Selain aspek kontrol keputusan, aspek interaksi ibu dengan petugas kesehatan yang lain adalah kompetensi petugas kesehatan dalam memberikan imunisasi. Hal ini dapat dilihat pada tabel bahwa sebagian ibu yang memiliki bayi dengan imunisasi yang tidak lengkap menganggap petugas kesehatan kurang berkompeten (69,2%). Uji nonparametrik untuk melihat hubungan antara variabel ini dengan kepatuhan menunjukkan tidak ada hubungan bermakna (p value > 0,05).

18. Analisis alasan ketidakpatuhan imunisasi

Berdasarkan hasil data kualitatif yang digali berdasarkan pertanyaan terbuka dan terstruktur mengenai alasan ibu belum memberikan bayinya imunisasi yang lengkap dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

Tabel 5.24. Distribusi Frekuensi Alasan Ketidapatuhan Imunisasi Bayi di Kota Depok, Juni 2009

No.	Alasan	Frekuensi
1.	Anak sakit, dibawa ke fasilitas kesehatan	92
2.	Anak sakit, tidak dibawa ke fasilitas	7
3.	Menunda	20
4.	Jadwal tidak sesuai	17
5.	Ibu sibuk	16
6.	Tidak tersedia vaksin	4
7.	Tempat tidak nyaman	3
8.	Masalah keluarga	2
9.	Lain-lain	24
10.	Terlalu lama menunggu	2
11.	Tidak ada alasan	50

Berdasarkan data kualitatif dimana ibu boleh memberikan alasan lebih dari satu ini menunjukkan bahwa sebagian anak yang mempunyai status imunisasi tidak lengkap disebabkan karena alasan sakit yang diungkapkan oleh ibu baik dibawa maupun tidak dibawa ke fasilitas kesehatan (92 orang). Faktor menunda yang disebabkan karena berbagai alasan seperti ibu sibuk, jadwal tidak sesuai dan alasan ingin menunda itu sendiri menjadi faktor kedua terbanyak ketidaklengkapan imunisasi.

C. Analisis multivariat

Berdasarkan hasil analisis bivariat, tidak ditemukan signifikansi semua faktor yang dinilai akan tetapi terdapat dua variabel yang mempunyai nilai p value < 0,25 yaitu variabel sumber daya lingkungan (p value 0,089) dan respon terhadap imunisasi (p value 0,090) sehingga analisis multivariat yang mungkin dilakukan pada dua variabel ini menggunakan uji statistik regresi

logistik. Analisis ini akan menghasilkan simpulam variabel yang paling dominan mempengaruhi kepatuhan imunisasi.

Tabel. 5.25. Model Multivariat Variabel Sumber Daya Lingkungan dan Respon Ibu terhadap Imunisasi

Variabel	B	Wald	P	OR
Jaminan kesehatan	-0,472	2,362	0,124	1,671
Respon terhadap imunisasi	0,513	2,411	0,120	0,624

Hasil pemodelan regresi logistik ini adalah hasil analisis setelah OR dibandingkan antar variabel yang ada dalam pemodelan. Tampak nilai OR untuk jaminan kesehatan sebesar 1,7 sehingga dapat disimpulkan jaminan kesehatan lebih berpengaruh terhadap kepatuhan imunisasi dibandingkan dengan variabel respon terhadap imunisasi. Akan tetapi dua variabel ini tetap dapat menjadi dua variabel yang berhubungan bermakna dengan kepatuhan imunisasi.

Hasil analisis multivariat tersebut tidak perlu dilakukan uji interaksi antar variabel karena dua variabel tersebut secara substansi tidak saling berinteraksi.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian dibandingkan dengan beberapa hasil penelitian terdahulu sehingga dapat dilihat korelasi dengan penelitian-penelitian sebelumnya.

A. Diskusi hasil dan interpretasi

1. Cakupan imunisasi

Cakupan imunisasi dari masing-masing jenis vaksinasi dalam penelitian ini dibandingkan dengan data Dinkes Kota Depok (2007) adalah sebagai berikut:

Tabel.6.1. Perbandingan Hasil Perhitungan Cakupan Imunisasi di Kota Depok

Jenis Vaksinasi	Tahun 2007*	Tahun 2009**
BCG	89%	99,6%
Hepatitis B0-7	74,22%	38,4%
Hepatitis B1	86,66%	98,3%
Hepatitis B2	-	95,8%
Hepatitis B3	81,04%	88,6%
DPT1	86,66%	98,7%
DPT2	-	96,2%
DPT3	81,04%	91,6%
Polio1	-	99,2%
Polio2	-	98,3%
Polio3	84,66%	94,9%
Polio4	-	87,8%
Campak	79,01%	87,8%
UCI	55,6%	31,6%

*Data Dinkes kota Depok tahun 2007

** Data hasil penelitian ini tahun 2009

Hasil perbandingan tersebut di atas menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan pada beberapa cakupan imunisasi. Akan tetapi ada penurunan yang signifikan juga pada cakupan Hepatitis B0-7 dan cakupan imunisasi seluruhnya yang dinilai dalam nilai UCI menjadi turun jauh dari sebelumnya. Data yang menarik yang hampir sama adalah adanya penurunan cakupan seiring dengan usia anak yang semakin bertambah (urutan imunisasi di atas berdasarkan urutan pemberian sesuai usia) dan hal ini juga terjadi pada cakupan tingkat nasional (Depkes, 2008). Hal ini menarik untuk didiskusikan karena kemungkinan yang terjadi adalah fenomena penurunan motivasi Ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan imunisasi. Selain itu peningkatan angka cakupan beberapa jenis imunisasi dari hasil pelaporan Dinkes Depok 2007 dengan hasil penelitian ini dapat dianalisis berdasarkan hasil penelitian terdahulu oleh Parve (2004) yang menyatakan peningkatan cakupan dapat dimungkinkan karena identifikasi bayi baru lahir serta tindak lanjut yang dikerjakan dengan optimal berupa sistem pengingat yang dilakukan oleh petugas kesehatan. Jika diperhatikan dengan adanya lebih dari 283 titik RW Siaga di Kota Depok di tahun 2009, ini sangat memungkinkan revitalisasi peran kader untuk identifikasi bayi yang membutuhkan imunisasi berjalan dengan baik.

Sementara itu, cakupan imunisasi Hepatitis B0-7 yang rendah juga menunjukkan pemberian imunisasi tersebut belum terlaksana dengan baik di tempat-tempat yang menerima pelayanan persalinan. Sebagian besar ibu mengatakan tidak diberikan dan tidak tahu jika ada jenis imunisasi ini.

Jadi ada kemungkinan sosialisasi yang belum merata di kalangan para ibu. Menurut Davis, et al. (2004) menyatakan bahwa orang tua memerlukan komunikasi tentang vaksinasi terutama tentang keuntungan dan risiko imunisasi jika tidak diberikan. Hal tersebut dapat meningkatkan cakupan imunisasi.

Analisis cakupan imunisasi Hepatitis B0-7 yang rendah dapat dilihat dari tingkat kepatuhan petugas kesehatan mengikuti standar pelayanan imunisasi. Menurut data dari Depkes (2006), kepatuhan petugas kesehatan dalam pemberian imunisasi di Kabupaten Majalengka hanya 53% dan kepatuhan terendah pada variabel penyuluhan imunisasi sekitar 25%. Menurut peneliti, hal ini dapat menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan ketidaktahuan ibu tentang imunisasi Hepatitis B0-7. Selain itu, imunisasi Hepatitis B0-7 yang sedianya diberikan di tempat bersalin juga berhubungan dengan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas kesehatan untuk memberikannya di rumah bersalin dan tingkat kepatuhan kontrol ibu pasca persalinan di hari ke tujuh

Meskipun imunisasi hanya satu dari beberapa pelayanan kesehatan preventif tetapi kenyataannya sulit untuk mendapatkan kondisi dimana status terimunisasi anak (dalam hal ini nilai UCI) yang tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian Nuwaha, et al. (2000) dan McGuire (1997). Padahal hasil penelitian terbaru Clark dan Sanderson (2009) menyatakan bahwa keterlambatan mengikuti jadwal imunisasi akan berakibat pada kurang efektifnya imunisasi terhadap status terimunisasi anak (jumlah

titer antibodi dalam tubuh anak) sehingga akan meningkatkan angka kejadian PD3I. Ini menjadi kajian yang perlu dilakukan selanjutnya sehubungan dengan masih tingginya angka kejadian PD3I di Indonesia. Jadi kajian tentang kelengkapan imunisasi akan sangat bermanfaat jika dikaitkan dengan ketepatan anak mendapat imunisasi.

2. Karakteristik individu

- a. Data demografi meliputi usia ibu, suku bangsa ibu, pendidikan terakhir ibu, rerata pendapatan keluarga, jumlah anak, jumlah anggota dewasa, pekerjaan ibu dan pengasuhan bayi. Selain itu pengaruh sosial, perawatan prenatal, pengalaman imunisasi sebelumnya, dan sumber daya lingkungan.

Usia ibu mayoritas berada pada golongan ibu yang produktif sehingga diasumsikan mempunyai pemikiran untuk dapat melakukan sesuatu atau apapun yang bermanfaat bagi bayinya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Dimicco & Dashiff (2004) tentang kepatuhan ibu untuk memulai imunisasi sesuai jadwal bahwa sebagian besar responden yang diambil adalah usia produktif.

Hal yang menarik di sini adalah suku bangsa ibu yang masih didominasi oleh suku Betawi sebanyak 48,5% yang merupakan suku yang memang mayoritas menghuni kota Depok dan sesuai dengan gambaran demografis kota Depok bahwa Depok banyak dihuni oleh suku Betawi (Pemda Depok, 2009). Hal ini dapat menjadi kajian

berikutnya terkait dengan sosial budaya masyarakat Betawi yang dapat mempengaruhi perilaku sehat mereka. Di dalam penelitian sebelumnya dinyatakan bahwa budaya sangat mempengaruhi perilaku sehat masyarakatnya (Nuwaha, et al., 2000). Selain itu dalam studi oleh Nurhaeni (2001) menyatakan bahwa pada 50% responden dalam studi ini adalah suku Betawi dan 23 % tidak patuh terhadap regimen imunisasi dengan alasan anak sakit, ibu takut anak demam setelah imunisasi. Sementara ibu yang memiliki anak dengan status imunisasi lengkap menyatakan mereka ingin anaknya sehat sehingga diimunisasi.

Pendidikan ibu dalam masyarakat rural ternyata belum banyak mempengaruhi perilaku sehat ibu dimana dalam penelitian ini disampaikan bahwa tingkat pendidikan terbanyak pada pendidikan SMA sebanyak 53,2%. Hal ini menunjukkan taraf pendidikan ibu-ibu di kota Depok sudah cukup tinggi dari segi pendidikan formal dasar. Hanya diperlukan sosialisasi pendidikan kesehatan yang gencar sehingga modal pendidikan tinggi tersebut dapat membuat para ibu memahami program kesehatan dan akan mudah juga mematuhi. Pada penelitian sebelumnya oleh Hanum, et al. (2005) juga mendapatkan proporsi yang hampir sama dimana tingkat pendidikan ibu rata-rata sudah mencapai tingkat pendidikan lanjut. Sementara menurut Cotter, et al. (2002), status imunisasi di daerah rural masih memiliki kecenderungan yang rendah.

Rerata pendapatan keluarga yang sebagian besar di bawah 1 juta (52,3%) menunjukkan tingkat pendapatan keluarga yang masih di bawah UMK (Upah Minimum Kota) Depok tahun 2009 sebesar Rp. 1.078.000,00 (Krishand, 2008). Hal itu menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat Depok masih hidup di bawah standar kelayakan hidup di Kota Depok.

Jumlah anak yang menjadi tanggungan dalam keluarga juga teridentifikasi sebagai salah satu karakteristik yang melatarbelakangi perilaku ibu terhadap imunisasi anaknya. Disebutkan bahwa keluarga yang memiliki anak satu orang, dua orang dan lebih dari tiga orang terdistribusi hampir merata yaitu 36,9%, 39,2% dan 24,1%. Banyaknya tanggungan menjadi beban juga untuk keluarga, oleh karena itu peneliti mengasumsikan bahwa hal ini menjadi karakteristik yang juga melatarbelakangi perilaku hidup sehat suatu keluarga. Sementara menurut Ramayani, et al. (2007) jumlah anak lebih dari empat juga dapat mempengaruhi keterlambatan imunisasi tidak sesuai jadwal. Analisis peneliti adalah kerepotan dalam mengasuh anak yang banyak sehingga sering sulit untuk mengatur jadwal dalam pemberian imunisasi anaknya.

Anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan ibu seharusnya dapat menjadi pendukung bagi ibu dalam kehidupannya. Oleh karena itu diharapkan ibu lebih mempunyai sistem pendukung yang kuat

yang dapat menopang kehidupannya baik dalam menjalani pola hidup sehat maupun yang lainnya. Menurut Cox (1985), dukungan dalam keluarga menjadi faktor penentu perilaku sehat secara umum. Jika dilihat dari data yang didapatkan terlihat bahwa sebagian besar ibu hanya tinggal dengan suami dan anak-anaknya (58,6%). Hal itu menunjukkan para ibu di kota Depok terlatih mandiri dengan hanya mengandalkan dukungan dari suaminya. Tetapi menurut Falangas dan Zarkadoulia (2008), keluarga besar justru mengurangi kepatuhan imunisasi dikarenakan pengaruh keluarga yang besar terhadap keputusan salah satunya tentang kesehatan.

Pekerjaan ibu juga termasuk bagian dari karakteristik yang perlu dipertimbangkan karena jika ibu bekerja, maka kemungkinan pemantauan perilaku sehat menjadi melemah dibandingkan ibu yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga saja. Hal itu sejalan dengan penelitian Nuwaha, et al. (2004) dimana para ibu yang tidak bekerja menjadi faktor demografi yang diperhatikan.

Sebagian besar ibu mengasuh dan merawat anaknya sendiri sebesar 89,5% dan hanya sebagian kecil yang dirawat oleh anggota keluarganya (7,2%). Hal yang menarik disini tidak tampak ibu yang menitipkan anaknya di taman penitipan anak. Hal ini menunjukkan kepercayaan ibu untuk menyerahkan pengasuhan anaknya masih hanya pada anggota keluarganya. Suatu hal yang positif dimana ketika pengasuhan dilakukan oleh ibu sendiri maka diharapkan ibu lebih

memperhatikan kesehatan anaknya. Hasil penelitian ini hampir sama dengan studi Dimicco dan Dashif (2004) dimana mayoritas pengasuh bayi adalah ibu (56,5%).

Pengaruh sosial dilihat dari seberapa banyak ibu menerima dukungan psikososial dari orang di sekitarnya dan seberapa puas dengan dukungan tersebut. Situasi yang dilihat adalah situasi jika terjadi hal-hal yang mempengaruhi psikologis ibu sehingga dapat dilihat seberapa besar dukungan yang dapat diterima ibu dari orang di sekitarnya. Pada penelitian ini terlihat bahwa sebagian besar ibu hanya mempunyai orang yang dekat yang mampu diterima sebagai pendukungnya sekitar 1-3 orang. Hanya 1 responden yang mampu menyebutkan sekitar 6-8 orang. Hal ini menunjukkan karakter ketimuran sebagai budaya di Indonesia yang tidak ingin menceritakan apapun kepada orang lain selain suaminya setelah mereka menikah. Sifat patriarkis disini masih terlihat sangat kuat karena hampir seluruhnya menyatakan bahwa yang paling bisa memberinya dukungan adalah suami. Pada penelitian Dimicco dan Dashiff (2004), dukungan paling bermakna dirasakan dari ibu dan yang kedua dari ayah si bayi. Jadi sangat berbeda dengan sistem dukungan di Indonesia khususnya kota Depok dimana sebagian besar ibu menyatakan dukungan yang paling bermakna adalah dari suami.

Sementara itu kepuasan terhadap dukungan juga dinyatakan dengan kepuasan yang tinggi terhadap dukungan yang diterima. Peneliti

melihat adanya sifat para ibu yang ingin tangguh menanggung semuanya sendiri atau hanya bersama suami. Tetapi di sini menjadi titik tolak kelemahan di mana kemampuan ibu untuk menjaga mental yang sehat menjadi tidak terasah, mereka cenderung memendam permasalahannya sendiri. Sedangkan menurut Dimicco dan Dashiff (2004), didapatkan mayoritas ibu yang menjadi responden di Jefferson Country memiliki sistem pendukung lebih dari 6 orang (48,6%) sehingga rata-rata kepuasan terhadap dukungan yang diterimanya mencapai 5,81 (mendekati sangat puas).

Hasil korelasi perawatan prenatal dengan kepatuhan imunisasi pada penelitian ini tidak menunjukkan signifikansi. Hal ini bertolak belakang dengan hasil studi Dimicco dan Dashiff (2004) yang menemukan korelasi perawatan prenatal sebelumnya dengan kepatuhan memulai pemberian imunisasi. Menurut analisis peneliti, jika perawatan prenatal berjalan rutin maka hal itu menjadi indikator sikap ibu terhadap kesehatan yang baik.

- b. Karakteristik sikap ibu meliputi motivasi intrinsik ibu, pemahaman tentang PD3I, dan respon terhadap pemahaman dan terhadap imunisasi itu sendiri.

Motivasi intrinsik ibu yang dilihat dari penilaian sikap ibu terhadap kesehatan anaknya tampak terbagi hampir sama antara yang memiliki motivasi kuat dan motivasi lemah. Hal ini menunjukkan bahwa keadaan internal ibu masih mempunyai sebaran yang rata sehingga

diperlukan usaha yang maksimal untuk meningkatkan motivasi ibu dan mempertahankan motivasi ibu yang sudah memiliki motivasi yang kuat.

Cox (1985 dalam Dimicco & Dashiff, 2004), menyatakan jika motivasi intrinsik bekerja maka individu tersebut akan menunjukkan sifat aktif, bebas memutuskan, mampu mengatur pencapaian tujuan, responsif terhadap intuisi, dan memiliki kemampuan yang tinggi dalam hal-hal tertentu. Hal ini menjadi dasar diperlukannya kajian tentang motivasi internal ibu terhadap kepatuhan imunisasi.

Menurut peneliti, hal yang paling mempengaruhi motivasi ibu adalah dukungan dan pemahaman yang sepadan. Hasil penelitian ini ditunjang juga oleh hasil penelitian Dimicco dan Dashiff (2004) bahwa pemahaman tidak dapat mempengaruhi kepatuhan sendiri. Sebaliknya respon terhadap imunisasi justru mempengaruhi kepatuhan imunisasi.

3. Karakteristik interaksi individu dan profesi kesehatan

Berdasarkan teori pendidikan kesehatan, interaksi yang baik antara ibu dan petugas kesehatan sangat penting untuk membuat ibu terus bersemangat membawa anaknya ke fasilitas kesehatan. Oleh karena itu sesuai kerangka teori *IMCHB* (Cox, 1985), peneliti berusaha melihat pengaruh interaksi ibu dengan petugas kesehatan yang mengimunisasi bayinya berdasarkan variabel dukungan profesi kesehatan, informasi yang

diberikan petugas kesehatan, kontrol keputusan dan kompetensi petugas kesehatan.

4. Hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi dengan kepatuhan imunisasi bayi

Hasil analisis bivariat yang telah dilakukan menunjukkan tidak ada hubungan antara variabel karakteristik demografi (usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak, jumlah anggota keluarga dewasa, pendapatan keluarga, perawatan prenatal, pengalaman imunisasi dan sumber daya lingkungan), variabel sikap ibu (motivasi intrinsik, pemahaman ibu dan respon terhadap imunisasi), kemudian variabel interaksi individu dan profesi kesehatan (dukungan profesi kesehatan, informasi yang diberikan petugas kesehatan, kontrol keputusan dan kompetensi petugas kesehatan) dengan kepatuhan imunisasi. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat variabel lain yang mungkin memberi pengaruh terhadap kepatuhan imunisasi seperti faktor eksternal seperti yang dikatakan oleh Goodman dan Frerichs (2000).

Berdasarkan hasil meta-analisis Robin (2004), kepatuhan sulit dicapai jika regimen terapi lebih pesisten, penderitaan yang dirasakan tidak terasa secara langsung dan pendidikan serta pengetahuan yang kurang adekuat. Hal ini tampak berlaku pada kepatuhan imunisasi yang merupakan regimen preventif selama 9 bulan.

- a. Analisis hubungan karakteristik individu dengan kepatuhan imunisasi
- Pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan karakteristik individu dengan kepatuhan imunisasi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang mendapatkan bahwa faktor pemahaman, faktor demografi dan faktor motivasi intrinsik tidak mempengaruhi kepatuhan imunisasi (Dimicco & Dashiff, 2004; Hanum, et al., 2005; Davis, 2004; Hotrouw & Carlson, 1993). Sementara itu, Ramayani, et al. (2007) menemukan bahwa sikap ibu atau perilaku ibu terhadap imunisasi yang rendah mempengaruhi kepatuhan imunisasi.

Salah satu sikap ibu yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi menurut Cox (1985) adalah respon afektif ibu terhadap kesehatan anaknya dimana tidak dapat dibuktikan berhubungan. Hal ini bertentangan dengan pernyataan McGuire (1997) bahwa kekhawatiran menjadi sebab ketidakpatuhan. Sedangkan menurut Parve (2004), ketidakpatuhan lebih sering disebabkan karena ketakutan akan efek samping imunisasi dan trauma psikologis anak.

Selain itu dapat juga dibandingkan dengan penelitian Hanum, et al. (2004), bahwa sikap dan pengetahuan orang tua tidak berhubungan dengan status imunisasi anaknya. Penelitian lain yang juga menunjang penelitian di Kota Depok ini adalah penelitian Strabino, et al. (1996 dalam Hanum, et al., 2004) yang menyatakan hal yang sama. Secara keseluruhan hasil penelitian Hanum, et al. (2004) didapatkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan, pekerjaan

ibu dan sumber informasi tentang imunisasi. Penelitian lain yang juga menunjang adalah penelitian Rosenblum (1981) yang menyatakan tingkat pendidikan dan pendapatan tidak mempengaruhi kepatuhan imunisasi di kalangan ibu dengan anak prasekolah. Cotter, et al. (2002) juga menyatakan usia ibu di bawah 20, kurang pengetahuan dan pemahaman, tinggal di daerah rural, dan ras tidak mempengaruhi kepatuhan imunisasi.

b. Analisis hubungan interaksi individu dan profesi kesehatan dengan kepatuhan imunisasi.

Satu hal penting yang dapat dikritisi dari penelitian Hanum, et al. (2004) adalah tidak bermaknanya sumber informasi dengan status imunisasi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini. Akses informasi dan pelayanan juga disoroti menjadi penyebab ketidakpatuhan imunisasi oleh Goodman dan Frerichs (2000).

Analisis yang dapat dikembangkan peneliti adalah fungsi dan peran profesi kesehatan untuk menjaga kepatuhan imunisasi sangatlah besar sehingga jika peran edukasi profesi kesehatan tidak dilaksanakan dengan optimal akan tampak nilai kepatuhan yang rendah dan penurunan motivasi ibu pada regimen preventif yang panjang ini (Robin, 2004). Kemudian peran konselor yang juga dapat dijalankan dengan komunikasi terapeutik yang optimal akan menghasilkan tingkat motivasi yang tinggi bagi ibu untuk mengimunisasi bayinya.

Selain itu kompetensi profesi kesehatan juga mempengaruhi kepatuhan secara parsial, karena menurut peneliti jika situasi memungkinkan maka individu akan mencoba mencari alternatif lain jika ditemukan profesi kesehatan yang tidak kompeten menjalankan regimen preventif ini.

c. Kesimpulan analisis keseluruhan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Simpulan dari penelitian ini tidak sesuai dengan studi Parve (2004) yang menyebutkan bahwa terdapat korelasi antara cakupan imunisasi dengan kepatuhan imunisasi. Semakin besar kepatuhan imunisasi akan semakin tinggi angka cakupan imunisasi di suatu area kerja dan semakin menurun kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Menurut Hanum, et al. (2005) disebutkan faktor yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi di Yogyakarta adalah faktor jarak fasilitas pelayanan yang jauh sehingga para ibu tidak mengimunisasi anaknya. Hal ini menunjukkan bahwa faktor eksternal ternyata menjadi faktor dominan kepatuhan imunisasi. Selain itu ditemukan oleh Goodman dan Frerichs (2000), ketidakpatuhan imunisasi sesuai jadwal dikarenakan faktor alasan eksternal seperti menunda karena waktu yang tidak pas, anak sakit dan kurangnya akses informasi dan pelayanan. Analisis peneliti di sini adalah terdapatnya faktor-faktor eksternal yang lebih dominan mempengaruhi kepatuhan imunisasi.

Analisis multivariat yang menemukan bahwa variabel jaminan kesehatan dan respon terhadap imunisasi menjadi faktor yang berhubungan bermakna dengan kejadian kepatuhan imunisasi di kota Depok. Analisis ini dapat dihubungkan dengan hasil penelitian Falangas dan Zarkadaulia (2008) yang menyatakan jika ada asuransi maka kepatuhan imunisasi dapat terlihat. Hal setara disampaikan oleh Santoli, et al. (1998 dalam Kohrt & Kohrt, 2001) bahwa biaya dan sosial ekonomi mempengaruhi kepatuhan imunisasi. Sedangkan respon terhadap imunisasi dapat dianalisis bahwa ketika ibu justru khawatir dengan rasa sakit yang mungkin dirasakan oleh bayinya tetapi justru ibu tetap memberikan imunisasi ternyata mereka menyerahkan kepada kader ketika bayi akan diimunisasi sehingga ibu tidak melihat langsung bayinya diinjeksi vaksin. Hal ini tidak sejalan dengan Dimicco dan Dashiff (2004) dimana ketakutan ini justru membuat para ibu tidak mematuhi imunisasi yang harus diberikan kepada bayinya.

B. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Aspek penilaian kepatuhan berdasarkan aspek individu dan interaksi individu-profesi kesehatan saja belum cukup untuk melihat nilai kepatuhan karena kepatuhanpun dipengaruhi oleh faktor eksternal dimana dalam penelitian ini tidak diperhatikan.

2. Tidak dilakukan uji interrater reliabilitas, sehingga memungkinkan terjadi bias dalam penentuan skor oleh pengumpul data terhadap informasi yang disampaikan oleh ibu.

C. Implikasi keperawatan

1. Bagi praktik pelayanan keperawatan terkait imunisasi

Jika dilihat dari manfaat imunisasi Hepatitis B 0-7 hari, hal ini sangat penting untuk dilakukan sosialisasi yang gencar dikarenakan pada dekade ini 33% ibu melahirkan di negara berkembang adalah pengidap Hepatitis B positif dengan perkiraan transmisi maternal sebesar 40% (IDAI, 2008). Hasil analisis menunjukkan bahwa jika bayi lahir dari pengidap Hepatitis B maka kemungkinan bayi tersebut akan menjadi pembawa sifat (carier) dan berkembang menjadi penyakit kronis nantinya.

2. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini memberi gambaran bahwa faktor internal dan faktor interaksi individu-profesi kesehatan belum dapat mempengaruhi kepatuhan imunisasi bayi. Oleh karena itu perlu ditingkatkan faktor eksternal yang mungkin mempengaruhi kepatuhan para Ibu. Selain itu juga perlu dilakukan penelitian lanjutan yang melihat seberapa besar faktor eksternal dan interaksi antar faktor yang mempengaruhi kepatuhan.

Penilaian seluruh aspek yang mempengaruhi kepatuhan terhadap perilaku sehat individu perlu dilakukan analisis antar variabel terikat karena sangat mungkin variabel-variabel tersebut saling mempengaruhi.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disusun kesimpulan dan saran di bawah ini:

A. Kesimpulan

Penelitian ini menghasilkan data angka cakupan imunisasi di Kota Depok khususnya angka cakupan UCI sebesar 31,6%. Kesimpulan yang dapat disusun adalah :

1. Angka cakupan imunisasi lengkap menjadi rendah karena angka cakupan imunisasi Hepatitis B 0-7 yang rendah (38,4%). Sedangkan angka cakupan imunisasi yang lain mengalami peningkatan cakupan.
2. Faktor-faktor yang diduga mempengaruhi kepatuhan imunisasi tidak dapat dibuktikan yaitu faktor karakteristik individu seperti karakteristik demografi dan sikap ibu. Selain itu, interaksi individu ibu dengan profesi kesehatan juga tidak terbukti bermakna bagi kepatuhan imunisasi bayi.
3. Analisis hubungan variabel bebas dengan kepatuhan imunisasi dari hasil analisis multivariat didapatkan bahwa faktor jaminan kesehatan dan respon terhadap imunisasi mempunyai hubungan bermakna dengan kepatuhan imunisasi.

B. Saran

1. Bagi pelayanan keperawatan

Bagi pelayanan keperawatan di komunitas terutama di puskesmas dan di masyarakat untuk selalu memantau pemberian imunisasi baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Salah satu cara efektif yang sangat mungkin dilakukan adalah penggunaan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) agar pelaporan terpusat pada satu jenis pelaporan data ke mana pun anak dibawa ke fasilitas kesehatan.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Perlu difikirkan strategi untuk meningkatkan motivasi dan rasa tanggung jawab perawat dan calon perawat untuk dapat meningkatkan pemahaman masyarakat. Sementara untuk meningkatkan kepatuhan masyarakat terhadap regimen kesehatan diperlukan strategi yang harus dikaji berdasarkan keilmuan keperawatan.

3. Bagi Profesi

Perkembangan keilmuan hendaknya menjadi dasar layanan keperawatan di masyarakat sehingga tidak terjadi kurang informasi di kalangan para ibu.

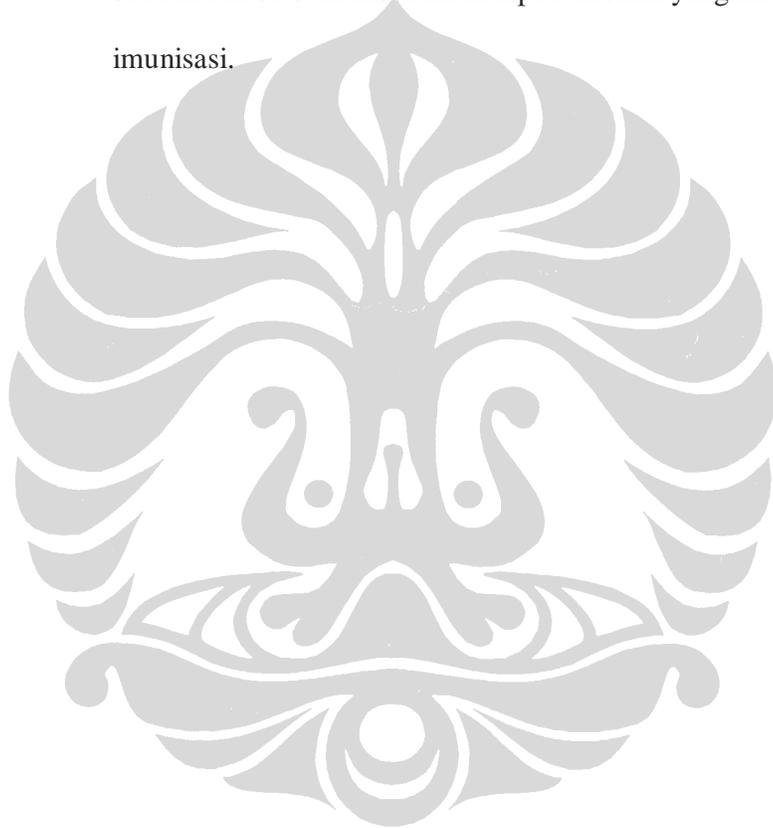
4. Bagi Dinas Kesehatan kota Depok

Sosialisasi imunisasi yang lebih gencar dan pemantauan serta evaluasi cakupan imunisasi di kota Depok terutama cakupan Hepatitis B0-7 dikarenakan implementasinya berada di tempat bersalin. Hal ini penting dilakukan, mengingat ada penurunan cakupan pada beberapa jenis imunisasi. Inovasi untuk mengoptimalkan penggunaan buku KIA dapat menjadi solusi bagi terciptanya pencatatan status imunisasi dan status kesehatan pada

umumnya sehingga dapat termonitor dengan baik status kesehatan anak secara global

5. Bagi penelitian selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi penelitian selanjutnya, dengan menggunakan instrumen yang sama tetapi telah melalui uji interater reliabilitas. Penelitian lanjut juga perlu dilakukan dengan melihat faktor seluruh faktor baik eksternal maupun internal yang mempengaruhi kepatuhan imunisasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Bowden, V.R., Dickey, S.B., & Greenberg, C.S. (1998). *Children and their families: The continuum of care*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Burkhart, P.V. & Rayens, M.K. (2005). Self-concept and health locus of control: factors related to children adherence to recommended asthma regimen. *Pediatric Nursing*, 31(5): 404-410
- Burns, N. & Grove, S.K. (1997). *The practice of nursing research conduct, critique, & utilization*. (3rd Ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Clayton, M.F. (2001). Immunizations. In Green-Hernandez, C., Singleton, J.K., & Aronzon, D.Z. (2001). *Primary care pediatrics*. (pp. 161-182). Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins
- Cotter, J.J., Bramble, J.D., Bovbjerg, V.E., Pugh, C.B., McClish, D.K., Tipton, G., & Smith, W.S. (2002). Timeliness of immunizations of children in medicated primary care case management managed care program. *Journal of the National Medical Association*, 94(9): 833-40.
- Dahlan, S.M. (2005). *Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : Arkans
- Davis, T.C., Fredrickson, D.D., Kennen, E.M., Arnold, C., Shoup, E., et al. (2004). Childhood vaccine risk/benefit communication among public health clinics: A time- motion study. *Public Health Nursing*, 22(3): 228-236.
- Depkes. (2006). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas terhadap cara pemberian imunisasi campak sesuai SOP imunisasi di Kabupaten Majalengka. Badan Litbang Kesehatan. Digilib.litbangdepkes.go.id/pdl.php?diambil tanggal 14 Juli 2009
- Depkes. (2007). *Profil kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

- Depkes. (2008). *Profil kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes. (2007). 5% kematian balita disebabkan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Departemen Kesehatan RI.
<http://www.depkes.go.id/index.php?option+news&task> retrieved 23 Februari 2009.
- DiMicco, W.P. & Dashiff, C. (2002). Maternal characteristics and timeliness of initiating immunizations. A dissertation. <http://www.proquest.umi.com/pgdweb.index> retrieved 24 Maret 2009
- Dinkes Depok. (2008). *Profil kesehatan Depok 2007*. Depok: Dinas Kesehatan Kota Depok.
- Dinkes Tasikmalaya. (2004). Cakupan imunisasi dan factor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi dasar oleh ibu balita. Dinas Kesehatan,
<http://litbangkabtsm.org/new/index.php> retrieved 25 Februari 2009.
- Ernanto, D. (2009). Peningkatan cakupan imunisasi ditargetkan 95 persen. *Sinar Harapan*. <http://www.sinarharapan.co.id/berita/0708/08/kesra04.html> retrieved 22 Februari 2009.
- Evangelista, L.S. (1999). Compliance: A concept analysis. *Nursing Forum*, 34(1): 5-12.
- Falagas, M.E., & Zarkadoulia, E., (2008). Factors associated with suboptimal compliance to vaccinations in children in developed countries: a systematic review. *Current Medical Research and Opinion*, 24(6):1719-41.
- Fraser, C., Olympia, H. & Timothy, V. (2003). Predictors of adherence to glatiramer acetate therapy in individuals with self-reported progressive forms of Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(3): 163-172.
- Ghazali, M.V., Sastromihardjo, S., Soedjarwo, S.R., Soelaryo, T. & Pramulyo, H.S. (2008). Studi cross-sectional. Dalam Sastroasmoro, S. & Ismael, S. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. (3rd Ed). Jakarta : Sagung Seto.

- Goodman, K.J., Wu, J.S., & Frerichs, R.R. (2000). Compliance with childhood immunizations in Kern Country, California. *Journal of Immigrant Health*, 2(4):213-222.
- Hanum S., Sadjimin T., & Ismail D., (2005). Determinan cakupan imunisasi di Propinsi D.I.Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran*, 37(3),150-1.
- Houtrouw, S.M., & Carlson, K.L. (1993). The relationship between maternal characteristics, maternal vulnerability beliefs, and immunization compliance. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing*,16(1):41.
- Kimball, R.D. (2001). Healthy growth and development of the newborn/infant. In Green-Hernandez, C., Singleton, J.K., & Aronzon, D.Z. (2001). *Primary care pediatrics*. (pp. 93-115). Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins
- Kohrt, A.E. & Kohrt, L.G. (2001). Improving immunization rates in pediatric practice. *Pediatric Annals*, 30(6): 320-30.
- Krishand S., (2008). Upah Minimum regional/profinsi/kota (UMR/UMP/UMK) 2009. [http://www.pajak.net/blog/2009/06/16/upah-minimum-regional-propinsi-kota-umrumpmk-2009/retrieved 11 Juli 2009](http://www.pajak.net/blog/2009/06/16/upah-minimum-regional-propinsi-kota-umrumpmk-2009/retrieved%2011%20Juli%202009)
- Kyngas, H. (1999). A theoretical model of compliance in young diabetics. *Journal of Clinical Nursing*, 8:73-80.
- Kyngas, H., Duffy, M.E., & Kroll, T. (2000). Review conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 9:5-12.
- Muscari, M.E. (2001). *Advanced pediatric clinical assessment: Skills and procedures*. Philadelphia: Lippincott.
- Notoatmodjo, S. (2003). Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cet. ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta. <http://www.geocities.com/klinikkm/epidemiologi/imunisasi.htm> retrieved 7 April 2009

- Nurhaeni, Nani. (2001). Assessment of the feasibility of modifying risk factors for acute respiratory infection in children under five years of age in West Java, Indonesia. *A thesis*. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- Nuwaha, F., Mulindwa, G., Kabwongyera, E., & Barenzi, J. (2000). Causes of low attendance at National Immunization Days for polio eradication in Bushenyi District, Uganda. *Tropical Medicine and International Health*, 5(5): 364-369.
- Parve, J. (2004). Remove vaccination barriers for children 12 to 24 months. *Nurse Practitioner*, 29(4): 35-39.
- Pemda Depok, (2009). Profil kota Depok.
http://www.depok.go.id/v4/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=26 diambil tanggal 18 Juli 2009.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3rd Ed.). Connecticut: Appeton & Lange Stamford.
- Playle, J.F. & Keeley, P. (1998). Non-compliance and professional power. *Journal of Advanced Nursing*, 27:304-11.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999) *Nursing research: Principles and methods*. (6th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramayani, O.R., Daulay, R.M., Sofyani, S., & Lubis, I.S. (2007). Factors related to missed opportunities for immunization at urban and suburban primary health centers in Medan. *Paediatrica Indonesiana*, 47:21-26.
- Robin, D.M. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3):200-209.
- RSPI Sulianti Saroso (2007). Imunisasi.
<http://www.infeksi.com/articles.php?lng=in&pg=15> retrieved 7 April 2009.

- Schadler, M.D. (2001). Use of nursing intervention to increase compliance with well-baby care. A dissertation. <http://www.proquest.umi.com/pqdweb.index> retrieved 24 Maret 2009
- Shay, L.E. (2008). A concept analysis: Adherence and weight loss. *Nursing Forum*, 43(1):42.
- UNDP, (2009). Human development report, statistic update 2008/2009, http://hdrstats.undp.org/2008/countries/country_fact_sheets/cty_fs_IDN.html retrieved 16 Maret 2009.
- Wang, Y.Y., Wang, Y., Zhang, J.X., Kang, C.Y. & Duan, P. (2007). Status of mother's KAP on child immunization in minority areas, Guizhou Province. *Beijing Da Xue Xue Bao*,39(2):136.
- WHO. (2005). *Immunization coverage cluster survey-Reference manual*. Switzerland : WHO.
- WHO, SEARO, (2007). 11 health questions about the 11 SEAR countries. *World health organization*. <http://www.ino.searo.who.int> retrieved 22 Februari 2009.
- WHO. (2008). *Progress towards global immunization goals – 2007: Key indicators*. Geneva: WHO.
- WHO, (2009). Immunization. <http://www.who.int/topics/immunization/about/en/index.html> retrieved 30 Maret 2009.

KUESIONER PENELITIAN
ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN IMUNISASI

No. Responden :

Tanggal pengambilan data :

Isilah pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda (√) pada jawaban yang sesuai.

A. Karakteristik demografi, kunjungan kehamilan dan sumber daya lingkungan

1. Usia Ibu saat ini : _____ tahun
2. Suku bangsa Ibu :
 1. Jawa 2. Sunda 3. Betawi 4. Padang 5. Batak
 6. Ambon 7. Yang lain : Sebutkan : _____
3. Alamat tempat tinggal : RT : _____ RW : _____ Kel.: _____
4. Pendidikan terakhir Ibu :
 1. SD 2. SMP 3. SMA 3. DIII 5. PT
5. Pendidikan terakhir Ayah :
 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. DIII 5. PT
6. Pendapatan per bulan keluarga adalah :
 < 1 juta > 1 juta
7. Jumlah anak :
 1 orang 2 orang lebih dari 2 orang
8. Anggota keluarga dewasa yang tinggal satu rumah :

No.	Usia	Jenis kelamin	Hubungan dengan Ibu
1			
2			
3			
4			

9. Bayi dirawat oleh :
 Ibu sendiri
 Anggota keluarga yang lain, teman, tetangga di rumah atau *baby sitter*
 Di taman penitipan bayi
 Kombinasi di atas
 Lain-lain, Jelaskan : _____
10. Pekerjaan Ibu :
 Pegawai negeri Wiraswasta
 Pegawai swasta Lainnya, sebutkan : _____
11. Ibu mulai memeriksakan kehamilannya yang pertama pada :
 Bulan ke 1-3 kehamilan Bulan ke 4-6 kehamilan
 Bulan ke 7-9 kehamilan Pada saat akan melahirkan
12. Jumlah seluruh kunjungan saat kehamilan yang lalu adalah
 < 4 kali 4-8 kali > 8 kali
13. Apakah Ibu mempunyai pengalaman imunisasi anak sebelumnya ?
 1. Ya 2. Tidak.
14. Bagaimana pemberian imunisasi pada anak sebelumnya ?
 1. Lengkap
 2. Tidak lengkap
 3. Tidak diimunisasi sama sekali

15. Apakah anak sebelumnya diimunisasi sesuai jadwal ?
1. Selalu sesuai jadwal 2. Sering mengikuti jadwal
3. Kadang mengikuti jadwal 4. Tidak mengikuti jadwal
16. Dimanakah tempat Ibu memperoleh imunisasi anak sebelumnya?
1. Di Posyandu 2. Di Puskesmas
3. Di Bidan 4. Di Klinik
5. Di rumah sakit
17. Apakah Ibu mempunyai jaminan kesehatan untuk Ibu dan anak Ibu?
1. Ya 2. Tidak
18. Bagaimana Ibu pergi ke dokter atau klinik :
1. Berjalan kaki
2. Mobil pribadi
3. Mobil teman atau tetangga
4. Menggunakan kendaraan umum (angkutan, taxi)
5. Kombinasi di atas

B. Dukungan Sosial

Pertanyaan di bawah ini menanyakan orang di sekeliling Ibu yang dapat memberi bantuan atau memberi dukungan kepada Ibu. Tuliskanlah inisial nama dan urutkanlah berdasarkan yang paling banyak memberi bantuan dan dukungan. Isilah 1 inisial nama pada masing-masing nomor pilihan dan sebutkan hubungannya (paling banyak 9 orang). Selanjutnya isilah seberapa puas Ibu dengan bantuan dan dukungan yang diterima tersebut. Jika Ibu merasa tidak ada dukungan dan bantuan, beri tanda silang pada isian "Tidak ada"

Contoh :

Siapa yang paling Ibu percaya jika ada yang memberikan informasi yang menyulitkan Ibu?

Tidak ada	1) A.Y. (Suami)	4) H.G (Kakak)	7)
	2) S.T (Teman)	5) Y.A (Anak)	8)
	3) F.T (Ibu)	6)	9)

Seberapa puaskah Ibu dengan bantuan dan dukungan yang diterima tersebut?

6	5	4	3	2	1
Sangat puas	Lumayan puas	Sedikit puas	Sedikit tidak puas	Kurang puas	Tidak puas

PERTANYAAN

1. Siapakah orang yang paling dapat diandalkan jika Ibu membutuhkan bantuan?

Tidak ada	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

2. Seberapa puaskah Ibu dengan bantuan dan dukungan yang diberikan tersebut?

6	5	4	3	2	1
Sangat puas	Lumayan puas	Sedikit puas	Sedikit tidak puas	Kurang puas	Tidak puas

3. Siapakah yang dapat membantu Ibu agar tenang jika Ibu sedang merasa tertekan?

Tidak ada	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

4. Seberapa puaskah Ibu dengan bantuan dan dukungan yang diberikan tersebut?

6 Sangat puas	5 Lumayan puas	4 Sedikit puas	3 Sedikit tidak puas	2 Kurang puas	1 Tidak puas
------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	------------------	-----------------

5. Siapakah yang paling dapat menerima Ibu apa adanya?

Tidak ada	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

6. Seberapa puaskah Ibu dengan bantuan dan dukungan yang diberikan tersebut?

6 Sangat puas	5 Lumayan puas	4 Sedikit puas	3 Sedikit tidak puas	2 Kurang puas	1 Tidak puas
------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	------------------	-----------------

7. Siapakah yang paling memperhatikan jika terjadi sesuatu pada Ibu?

Tidak ada	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

8. Seberapa puaskah Ibu dengan bantuan dan dukungan yang diberikan tersebut?

6 Sangat puas	5 Lumayan puas	4 Sedikit puas	3 Sedikit tidak puas	2 Kurang puas	1 Tidak puas
------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	------------------	-----------------

9. Siapakah yang paling membantu jika Ibu sedang merasa sangat terpuruk?

Tidak ada	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

10. Seberapa puaskah Ibu dengan bantuan dan dukungan yang diberikan tersebut?

6 Sangat puas	5 Lumayan puas	4 Sedikit puas	3 Sedikit tidak puas	2 Kurang puas	1 Tidak puas
------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	------------------	-----------------

11. Siapakah yang paling dapat menenangkan Ibu jika Ibu sedang merasa sangat sedih?

Tidak ada	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

12. Seberapa puaskah Ibu dengan bantuan dan dukungan yang diberikan tersebut?

6 Sangat puas	5 Lumayan puas	4 Sedikit puas	3 Sedikit tidak puas	2 Kurang puas	1 Tidak puas
------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	------------------	-----------------

C. Indeks Penilaian Sikap Terhadap Kesehatan

Lingkarilah salah satu angka yang menunjukkan kesetujuan dan ketidaksetujuan Ibu terhadap pernyataan di bawah ini.

No.	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Buat saya, peraturan tentang imunisasi lebih saya perhatikan daripada pemahaman saya tentang imunisasi	1	2	3	4

No.	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
2	Hampir seluruh keputusan untuk kesehatan anak saya, saya putuskan tanpa harus pergi ke dokter	1	2	3	4
3	Hanya dokter yang mengetahui keadaan kesehatan anak saya	1	2	3	4
4	Saya menganggap bahwa dokterlah yang harus memutuskan apa yang harus saya lakukan terhadap kesehatan anak saya.	1	2	3	4
5	Saya khawatir terhadap kondisi kesehatan anak saya	1	2	3	4
6	Saya selalu mengikuti apa yang dianjurkan oleh dokter untuk kesehatan anak saya	1	2	3	4
7	Saya yakin akan kesehatan anak saya tanpa orang lain memberi tahu saya	1	2	3	4
8	Saya lebih sering mempercayai pendapat dokter dan perawat daripada pendapat saya sendiri tentang kesehatan anak saya	1	2	3	4
9	Saya merasa cukup memperhatikan kesehatan anak saya	1	2	3	4
10	Saya mencari pertolongan lain jika dokter atau perawat tidak dapat memberikan saran kepada saya tentang kesehatan anak saya	1	2	3	4
11	Saya merasa tidak yakin terhadap apa yang saya lakukan untuk kesehatan anak saya sehingga saya harus pergi ke dokter	1	2	3	4
12	Pendapat saya untuk merawat anak saya lebih baik dari pada yang dilakukan dokter dan perawat	1	2	3	4
13	Saya merasa tidak merawat kesehatan anak saya seperti orang lain melakukannya	1	2	3	4
14	Saya lebih memilih dokter dan perawat yang membuat rencana yang berhubungan dengan kesehatan anak saya	1	2	3	4
15	Saya tahu bahwa apa yang saya lakukan terhadap kesehatan anak saya sudah benar	1	2	3	4
16	Saya lebih percaya apa yang dikatakan dokter tentang kesehatan anak saya	1	2	3	4
17	Saya tahu apa yang harus saya lakukan jika anak saya sakit	1	2	3	4

D. Pemahaman Tentang Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi, Sikap atau Respon Terhadap Imunisasi dan Informasi Kesehatan Tentang Imunisasi

No.	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Anak saya akan mudah terkena penyakit batuk pertusis (batuk 100 hari) jika tidak mendapatkan imunisasi	1	2	3	4
2	Anak saya akan mudah terkena penyakit difteria jika tidak mendapatkan imunisasi	1	2	3	4
3	Anak saya akan mudah terkena penyakit tetanus jika tidak mendapatkan imunisasi.	1	2	3	4
4	Anak saya akan mudah terkena penyakit tuberculosis (flek) jika tidak mendapatkan imunisasi	1	2	3	4
5	Anak saya akan mudah terkena penyakit polio (lumpuh layuh) jika tidak diimunisasi	1	2	3	4
6	Anak saya akan mudah terkena penyakit campak jika tidak mendapatkan imunisasi	1	2	3	4
7	Anak saya akan mudah terkena penyakit hepatitis jika tidak mendapatkan imunisasi	1	2	3	4
10	Saya khawatir anak saya akan kesakitan jika diimunisasi	1	2	3	4
12	Petugas kesehatan memberikan informasi tentang pentingnya imunisasi	1	2	3	4
13	Petugas kesehatan menjelaskan tentang jadwal imunisasi	1	2	3	4
14	Petugas kesehatan menjelaskan akibat jika bayi tidak diberi imunisasi	1	2	3	4
15	Petugas kesehatan menjelaskan efek samping setelah bayi mendapatkan suntikan vaksin.	1	2	3	4
16	Petugas kesehatan menjelaskan kapan harus dibawa kembali ke klinik setelah mendapat suntikan imunisasi	1	2	3	4
17	Petugas kesehatan memberi tahu tempat Ibu dapat memperoleh imunisasi	1	2	3	4
18	Petugas kesehatan menjelaskan kapan imunisasi tidak boleh diberikan	1	2	3	4

I. Dukungan dari Profesi Kesehatan, Kontrol Keputusan Untuk Memberikan Imunisasi dan Kompetensi Profesi Kesehatan Dalam Pemberian Imunisasi

No.	Pernyataan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Petugas kesehatan menjawab pertanyaan yang Ibu ajukan saat imunisasi	1	2	3	4
2	Petugas kesehatan memberi penjelasan yang mudah dimengerti	1	2	3	4
3	Petugas kesehatan memberi saran-saran saat Ibu mengimunisasi bayi Ibu	1	2	3	4
4	Informasi tentang imunisasi dari petugas kesehatan membantu Ibu untuk membuat keputusan mengimunisasi bayi Ibu	1	2	3	4
5	Diskusi dengan petugas kesehatan tentang imunisasi membuat Ibu dapat memutuskan untuk mengimunisasi	1	2	3	4
6	Petugas kesehatan menguatkan keputusan Ibu untuk mengimunisasi bayi Ibu	1	2	3	4
7	Petugas kesehatan mampu memberikan suntikan vaksin.	1	2	3	4
8	Petugas kesehatan mampu memposisikan anak saat akan diimunisasi	1	2	3	4
9	Petugas kesehatan mampu menjelaskan tentang imunisasi yang diberikan	1	2	3	4
10	Petugas kesehatan mampu menjelaskan apa yang harus dilakukan setelah bayi diimunisasi	1	2	3	4

J. Faktor Eksternal

Apakah alasan yang membuat anak Ibu tidak mendapatkan salah satu jenis imunisasi?

- a. Menunda
- b. Jadwal tidak pas
- c. Tidak tersedia
- d. Ibu sibuk
- e. Masalah keluarga
- f. Anak sakit, tetapi dibawa ke fasilitas kesehatan
- g. Anak sakit, tetapi tidak dibawa ke fasilitas kesehatan
- h. Terlalu lama menunggu
- i. Tempat imunisasi tidak nyaman
- j. Lain-lain, Sebutkan _____

LAPORAN IMUNISASI BAYI

(Diisi oleh pengambil data)

(L/P)

Inisial anak :

Tanggal lahir :

Data pemberian imunnisasi :

BCG	Hep B-0	Hep B-1	Hep B-2	Hep B-3
DPT-1	DPT-2	DPT_3	Campak	
Polio-1	Polio-2	Polio-3	Polio-4	

