

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.6. IMUNISASI**

##### **2.6.1. PENGERTIAN IMUNISASI**

Imunisasi berasal dari kata *imun*, kebal atau *resisten*. Jadi imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau sakit ringan. Sedangkan imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan diatas ambang perlindungan (Depkes RI, 2005a).

Imunisasi adalah tindakan untuk memberikan kekebalan terhadap suatu penyakit atas tubuh manusia (Kamisa, 1998 : 241). Dalam ilmu kedokteran, imunisasi adalah suatu peristiwa mekanisme pertahanan tubuh terhadap invasi benda asing hingga terjadi interaksi antara tubuh dengan benda asing tersebut (T.R. Browry 1984 dalam Wardhana, 2001).

Imunisasi lengkap yaitu 1 (satu) dosis vaksin BCG, 3 (tiga) dosis vaksin DPT, 4 (empat) dosis vaksin Polio dan 1 (satu) vaksin Campak serta ditambah 3 (dosis) vaksin Hepatitis B diberikan sebelum anak berumur satu tahun (9-11 bulan) (Depkes RI, 2000).

##### **2.6.2. TUJUAN IMUNISASI**

Tujuan imunisasi adalah untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi) atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia, seperti cacar (Matondang, Siregar S., 2005).

Menurut Ali Musa (1988) dalam Wardhana (2001) tujuan dari imunisasi adalah memberikan suatu antigen untuk merangsang sistem imunologik tubuh untuk membentuk antibodi spesifik sehingga dapat melindungi tubuh dari serangan penyakit.

Menurut Depkes RI (2001), tujuan pemberian imunisasi adalah untuk mencegah penyakit dan kematian bayi dan anak-anak yang disebabkan oleh wabah yang sering muncul. Pemerintah Indonesia sangat mendorong pelaksanaan program imunisasi sebagai cara untuk menurunkan angka kesakitan, kematian pada bayi, balita atau anak-anak pra sekolah.

### 2.6.3. MANFAAT IMUNISASI

Manfaat imunisasi tidak hanya dirasakan oleh pemerintah dengan menurunnya angka kesakitan dan kematian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, tetapi juga dirasakan oleh (1) Anak, mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian. (2) Keluarga, menghilangkan kecemasan dan biaya pengobatan yang dikeluarkan bila anak sakit. Hal ini akan mendorong persiapan keluarga yang terencana, agar sehat dan berkualitas, mendorong pembentukan keluarga apabila orang tua yakin bahwa anaknya akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman, dan (3) Negara, memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara dan memperbaiki citra bangsa (infeksi.com, 2006).

### 2.6.4. JADWAL PEMBERIAN IMUNISASI

Tabel 1. Jadwal Lima Imunisasi Dasar Lengkap (LIL) untuk bayi usia di bawah 1 tahun.

Usia	Jenis imunisasi yang diberikan
0 - 7 hari	Hepatitis B (HB) <sub>0</sub>
1 bulan	BCG, Polio <sub>1</sub>
2 bulan	DPT / HB <sub>1</sub> , Polio <sub>2</sub>
3 bulan	DPT / HB <sub>2</sub> , Polio <sub>3</sub>
4 bulan	DPT / HB <sub>3</sub> , Polio <sub>4</sub>
9 bulan	Campak

Sumber :

## 2.7. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi adalah tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, polio, campak, dan hepatitis B (Depkes RI, 2005).

### 2.7.1. Tuberkulosis Berat

Penyakit TBC merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh sejenis bakteri yang berbentuk batang disebut *Mycobacterium Tuberculosis*. Dan dikenal juga dengan Basil Tahan Asam. Penyakit TBC berat pada anak adalah *Tuberculosis Milier* (penyakit paru berat) yang menyebar ke seluruh tubuh dan *Meningitis Tuberculosis* yang menyerang otak, yang keduanya bisa menyebabkan kematian pada anak.

Basil tuberkulosis termasuk dalam genus *Mycobacterium*, suatu anggota dari famili *Mycobacteriaceae* dan termasuk dalam ordo *Actinomycetalis*. *Mycobacterium tuberculosis* menyebabkan sejumlah penyakit berat pada manusia dan penyebab terjadinya infeksi. Masih terdapat *Mycobacterium* patogen lainnya, misalnya *Mycobacterium leprae*, *Mycobacterium paratuberculosis* dan *Mycobacterium* yang dianggap sebagai *Mycobacterium non tuberculosis* atau tidak dapat terklasifikasikan (Heinz, 1993).

*Tuberculosis milier* dapat mengenai bayi, terbanyak pada usia 1-6 bulan. Tidak ada perbedaan antara lelaki dan perempuan. Gejala dan tanda tersering pada bayi adalah demam, berat badan turun atau tetap, anoreksia, pembesaran kelenjar getah bening, dan hepatosplenomegali (Supriyono, 2002). Gejala spesifik tuberkulosis pada anak biasanya tergantung pada bagian tubuh mana yang terserang, misalnya Tuberkulosis otak dan saraf yaitu meningitis dengan gejala iritabel, kaku kuduk, muntah-muntah dan kesadaran menurun.

WHO melaporkan terdapat lebih dari 250.000 anak menderita TB dan 100.000 di antaranya meninggal dunia (Farmacia, 2007). Sedangkan di Indonesia angka kejadian tuberkulosis pada anak belum diketahui pasti karena sulit mendiagnosa, namun bila angka kejadian tuberkulosis dewasa tinggi dapat diperkirakan kejadian tuberkulosis pada anak akan tinggi pula. Hal ini terjadi

karena setiap orang dewasa dengan BTA positif akan menularkan pada 10 – 15 orang

dilingkungannya, terutama anak-anak (Depkes RI, 2002; Kartasasmita, 2002; Kompas, 2003). Penularan dari orang dewasa yang menderita TB ini biasanya melalui inhalasi butir sputum penderita yang mengandung kuman tuberkulosis, ketika penderita dewasa batuk, bersin dan berbicara (Heinz, 1993).

Diagnosis TB pada anak ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit, gejala klinis, uji tuberkulin (*Mantoux Test*) serta pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi. Uji tuberkulin (*Mantoux Test*) menjadi alat diagnostik utama pada kasus TB anak (Kartasasmita, 2006). Pemeriksaan klinik antara lain menyangkut perkembangan berat badan. Pemeriksaan laboratorium menyangkut pengamatan sputum dan cairan lambung. Dan pemeriksaan radiologi untuk melihat kondisi paru-paru (Aditama, 2000).

Salah satu pencegahan penyakit ini dapat dilakukan dengan imunisasi BCG (*Bacille Calmette Geurin*). Vaksin ini terbuat dari kuman TBC yang hidup, namun telah dilemahkan. BCG dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi TB seperti milier, meningitis, dan spondilitis.

### **2.7.2. Difteri**

Adalah penyakit akut saluran napas bagian atas yang sangat mudah menular. Penularannya melalui *droplet* (ludah) yang melayang-layang di udara dalam sebuah ruangan dengan penderita atau melalui kontak memegang benda yang terkontaminasi oleh kuman *diphtheria* dan melalui kontak dari orang ke orang. Penyebab penyakit ini adalah bakteri *Corynebacterium diphtheriae*. Kuman ini tahan beberapa minggu dalam air, suhu dingin (es), susu, serta lendir yang mengering. Manusia adalah *natural host* dari bakteri *C. diphtheriae*.

Penyakit ini ditandai dengan adanya pertumbuhan membran (*pseudomembran*) berwarna putih keabu-abuan, yang berlokasi utamanya di nasofaring atau daerah tenggorokan, selain itu dapat juga di *trachea*, hidung dan tonsil.

Secara umum gejala penyakit difteri ditandai dengan adanya demam yang tidak terlalu tinggi, kemudian tampak lesu, pucat, nyeri kepala, anoreksia (gejala

tidak mampu makan) dan gejala khas pilek, napas yang sesak dan berbunyi (*stridor*).

Untuk pencegahan penyakit ini, vaksin difteri diberikan secara bersama dengan vaksin pertusis dan *tetanus toxoid*, yang dikenal sebagai vaksin trivalen yaitu DPT (difteri, pertusis, dan tetanus).

Frekuensi KLB, jumlah kasus dan CFR difteri pada tahun 2002-2006 disajikan pada tabel 2 berikut ini.

Tabel 2. Frekuensi KLB, jumlah kasus dan CFR difteri pada tahun 2002-2006.

Tahun	Frekuensi KLB	Jumlah Penderita	CFR (%)
2002	43	60	13
2003	54	86	23
2004	34	106	9.4
2005	29	65	13.85
2006	5	15	6.67

Sumber : Ditjen PP-PL, Depkes RI

### 2.7.3. Pertusis

Penyakit yang dikenal sebagai penyakit batuk rejan, menyerang *bronchus* yakni saluran napas bagian atas. Cara penularan melalui *airborne* (jalan udara). Penyakit ini dapat menyerang semua umur, namun terbanyak berumur 1-5 tahun. Penyebab pertusis adalah sejenis kuman yang disebut *Bordetella pertussis*.

Gejala awal berupa batuk-batuk ringan pada siang hari. Makin hari makin berat disertai batuk paroksismal selama dua hingga enam minggu. Batuk tersebut dikenal sebagai *whooping cough*, yaitu batuk terus tak berhenti-henti yang diakhiri dengan tarikan napas panjang berbunyi suara melengking khas. Gejala lain adalah anak menjadi gelisah, muka merah karena menahan batuk, pilek, serak, anoreksia (tidak mau makan), dan gejala lain yang mirip *influenza*. Pencegahan penyakit ini dengan melakukan imunisasi DPT (difteri, pertusis, tetanus).

#### 2.7.4. Tetanus

Penyakit tetanus adalah penyakit menular yang tidak menular dari manusia ke manusia secara langsung. Penyebabnya sejenis kuman yang dinamakan *Clostridium tetani*. Binatang seperti kuda dan kerbau bertindak sebagai *harbour* (persinggahan sementara).

Gejala umum penyakit tetanus pada awalnya dapat dikatakan tidak khas bahkan gejala penyakit ini terselimuti oleh rasa sakit yang berhubungan dengan luka yang diderita. Dalam waktu 48 jam penyakit ini dapat menjadi buruk. Penderita akan mengalami kesulitan membuka mulut, tengkuk terasa kaku, dinding otot perut kaku dan terjadi *rhisus sardonikus*, yaitu suatu keadaan berupa kekejangan atau spasme otot wajah dengan alis tertarik ke atas, sudut mulut tertarik keluar dan ke bawah, bibir tertekan kuat pada gigi.

Ada tiga tipe gejala tetanus, yaitu :

- a. Tipe pertama penderita hanya mengalami kontraksi otot-otot lokal, jadi tidak mengalami *rhisus sardonikus*.
- b. Tipe *generalized*, yakni spasme otot khususnya otot dagu, wajah dan otot seluruh badan.
- c. Tipe *cephalic* (tipe susunan saraf pusat), tipe ini jarang terjadi. Gejalanya timbul kekejangan pada otot-otot yang langsung mendapat sambungan saraf pusat.

Masa inkubasi biasanya 3-21 hari, walaupun rentang waktu bisa satu hari sampai beberapa bulan. Hal ini tergantung pada ciri, letak dan kedalaman luka. Rata-rata masa inkubasi adalah 10 hari. Kebanyakan kasus terjadi dalam waktu 14 hari. Pada umumnya, makin pendek masa inkubasi biasanya karena luka terkontaminasi berat, akibatnya makin berat penyakitnya dan makin jelek prognosisnya.

Cara pencegahannya dapat dilakukan dengan pemberian *tetanus toxoid* bersama-sama *diphtheria toxoid* dan vaksin pertusis dalam kombinasi vaksin DPT.

### 2.7.5. Polio

Polio atau penyakit infeksi yang menyebabkan kelumpuhan kaki. Penyakit polio disebabkan oleh *poliovirus* (genus *enterovirus*) tipe 1,2 dan 3. Semua tipe dapat menyebabkan kelumpuhan. Tipe 1 dapat diisolasi dari hampir semua kelumpuhan. Tipe 3 lebih jarang, demikian pula tipe 2 paling jarang. Tipe 1 paling sering menyebabkan kejadian luar biasa. Sebagian besar kasus *vaccine associated* disebabkan oleh tipe 2 dan 3.

Masa inkubasi umumnya 7-14 hari untuk kasus paralitik, dengan rentang waktu antara 3-35 hari. Reservoir satu-satunya adalah manusia, dan sumber penularan biasanya penderita tanpa gejala (*inapparent infection*) terutama anak-anak.

Penularan terutama terjadi dari orang ke orang melalui orofecal, virus lebih mudah dideteksi dari tinja, dalam jangka waktu panjang dibandingkan dari sekret tenggorokan. Di daerah dengan sanitasi lingkungan yang baik penularan lebih sering terjadi melalui sekret faring dari pada melalui rute orofecal.

Cara pencegahan dengan memberikan imunisasi polio (OPV/Oral Polio Vaccine) yang sangat efektif memproduksi antibodi terhadap virus polio. Satu dosis OPV menimbulkan kekebalan terhadap ke tiga tipe virus polio pada sekitar 50% penerima vaksin. Dengan 3 dosis OPV, 95% penerima vaksin akan terlindungi dari ancaman poliomielititis, diperkirakan seumur hidup. Dosis ke empat akan meningkatkan serokonversi sehingga 3 dosis OPV. Disamping itu, virus yang ada pada OPV dapat mengimunisasi orang-orang disekitarnya dengan cara penyebaran sekunder. Hal ini dapat memutuskan rantai penularan polio.

### 2.7.6. Campak

Penyakit ini merupakan penyakit menular yang bersifat akut dan menular lewat udara melalui sistem pernapasan, terutama percikan ludah seorang penderita. Penyebab penyakit campak adalah virus yang masuk ke dalam genus *Morbilivirus* dan keluarga *Paramyxoviridae*. Masa inkubasi berkisar antara 10 hingga 12 hari, kadang 2-4 hari.

Penyakit ini sering menyebabkan kejadian luar biasa (KLB). Perkembangan frekuensi KLB campak, jumlah penderita dan CFR dalam 5 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Frekuensi KLB, jumlah penderita dan CFR campak pada tahun 2002-2006.

Tahun	Frekuensi KLB	Jumlah Penderita	CFR (%)
2002	247	5.509	1.45
2003	89	2.914	0.3
2004	97	2.818	1.54
2005	122	1.467	0.48
2006	42	1.644	0.55

Sumber : Ditjen PP-PL, Depkes RI

Gejala awal berupa demam, malaise atau demam, gejala *conjunctivis* dan *coryza* atau kemerahan pada mata seperti sakit mata, serta gejala radang *tracheo bronchitis* yakni daerah tenggorokan saluran napas bagian atas.

Campak dapat menimbulkan komplikasi radang telinga tengah, pneumonia (radang paru), diare, *encephalitis* (radang otak), *hemiplegia* (kelumpuhan otot kaki).

Penyakit campak secara klinik dikenal memiliki tiga stadium, yaitu :

- a. Stadium kataral, berlangsung selama 4-5 hari disertai panas, malaise, batuk, *fotofobia* (takut terhadap suasana terang atau cahaya), *konjunctivis* dan *coryza*. Menjelang akhir stadium kataral timbul bercak berwarna putih kelabu khas sebesar ujung jarum dan dikelilingi *eritema*, lokasi disekitar mukosa mulut.
- b. Stadium erupsi, dengan gejala batuk yang bertambah serta timbul *eritema* di mana-mana. Ketika erupsi berkurang maka demam makin lama makin berkurang.
- c. Stadium konvalesen.

Pencegahan penyakit campak dapat dilakukan dengan pemberian imunisasi campak yang menggunakan vaksin yang mengandung virus campak yang dilemahkan.



### 2.7.7. Hepatitis B

Penyakit hepatitis adalah penyakit peradangan atau infeksi liver pada manusia, yang disebabkan oleh virus. Sedangkan hepatitis B adalah penyakit liver (hati) kronik hingga akut, umumnya kronik-subklinik dan sembuh sendiri (*self limited*). Penularan penyakit ini dapat melalui ibu ke bayi dalam kandungan (*vertical transmission*), jarum suntik yang tidak steril dan hubungan seksual.

Masa inkubasi biasanya berlangsung 45-180 hari, rata-rata 60-90 hari. Paling sedikit diperlukan waktu selama 2 minggu untuk bisa mendeteksi HBsAg dalam darah, dan pernah dijumpai baru terdeteksi 6-9 bulan kemudian.

### 2.8. KEJADIAN IKUTAN PASCA IMUNISASI (KIPI)

KIPI adalah kejadian medik yang berhubungan dengan imunisasi (*vaccine related*) ataupun efek simpang, toksisitas, reaksi sensitivitas, efek farmakologis, kejadian kesalahan program, koinsidensi, reaksi suntikan atau belum diketahui (*unknow*) hubungan kausal belum diketahui (*unknow*) (Achmadi, 2006).

Menurut Departemen Kesehatan (2005) Kejadian Pasca Imunisasi adalah semua kejadian sakit dan kematian yang terjadi dalam masa satu bulan setelah imunisasi, yang diduga ada hubungannya dengan pemberian imunisasi.

Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO membagi KIPI ke dalam tiga kategori, yaitu :

- a. *Program related* atau hal-hal berkaitan dengan kegiatan imunisasi, misalnya timbul bengkak bahkan abses pada bekas suntikan vaksin.
- b. *Reaction related to properties of vaccines* atau reaksi terhadap sifat-sifat yang dimiliki oleh vaksin yang bersangkutan, misalnya *syncope* (pingsan sekejap) yaitu gejala pusat, berkeringat.
- c. *Coincidental* atau koinsidensi adalah dua kejadian secara bersama tanpa adanya hubungan satu sama lain. Misalnya anak menerima imunisasi, sebenarnya sudah dalam keadaan masa perjalanan penyakit yang sama atau penyakit lain yang tidak ada hubungannya dengan vaksin.

## 2.9. DETERMINAN PERILAKU KESEHATAN

Beberapa teori untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan antara lain (Notoatmodjo, 2003) :

Menurut Lawrence Green (1980) ada tiga faktor yang mempengaruhi seseorang berperilaku sehat :

- a. Faktor Predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai persepsi.
- b. Faktor Pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya fasilitas dan sarana kesehatan.
- c. Faktor Pendorong (*reinforcing*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya yang merupakan kelompok-kelompok panutan dari perilaku masyarakat.

Teori Snehandu B. Kar (1983) menganalisa perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari :

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- b. Dukungan dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- c. Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- d. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dikembangkan suatu model sistem pelayanan kesehatan yang disebut *behavioral model of health service utilization* atau perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Anderson (1974) pada model ini mengemukakan bahwa keputusan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung pada :

1. Predisposisi untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan (*predisposing componen*). Komponen predisposisi menggambarkan ciri individu yang

melekat pada dirinya sebelum individu itu sakit dan memberikan variasi terhadap penggunaan pelayanan kesehatan.

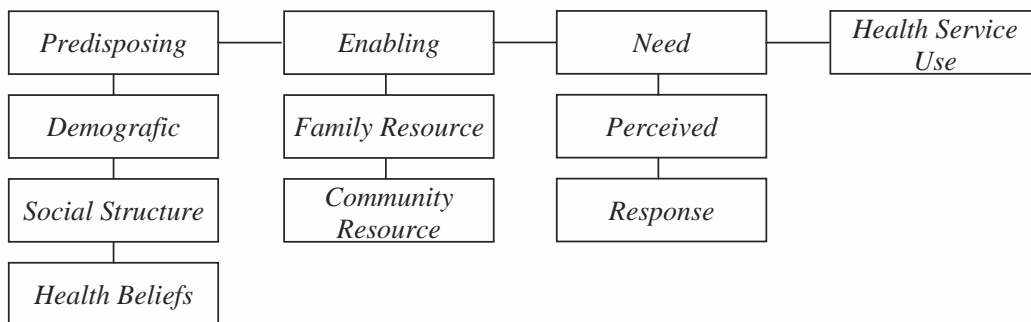
Komponen predisposisi terdiri dari :

- a. Faktor demografi, usia, jenis kelamin, dan status perkawinan.
  - b. Faktor struktur sosial, pendidikan, pekerjaan, suku atau ras.
  - c. Faktor keyakinan terhadap kesehatan (pengetahuan, kepercayaan, dan persepsi).
2. Kemampuan untuk mencari pelayanan kesehatan (*enabling component*).  
Komponen ini merupakan suatu kondisi yang membuat individu mampu melakukan tindakan guna memenuhi kebutuhannya terhadap suatu pelayanan kesehatan.

Komponen ini dapat ditinjau dari dua hal :

- a. Sumber daya keluarga (penghasilan keluarga, askes, kemampuan membeli jasa, pengetahuan tentang pelayanan kesehatan yang dibutuhkan).
  - b. Sumber daya masyarakat (jumlah sarana kesehatan yang ada, jarak ke fasilitas, ketersediaan petugas kesehatan, ketersediaan obat, ketersediaan sarana dan kemudahan rujukan).
3. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan (*need component*). Komponen ini merupakan faktor yang langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Variabel ini memberikan kontribusi kira-kira 43% merupakan variabel terkuat dalam mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Gambar 2.1. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan



Sumber : Andersen, Ronald. Equity in Health Service. Emperical Analysis in Social Policy, Baltinger Publishing Comp, 1975.

## **2.10. HASIL-HASIL PENELITIAN TENTANG IMUNISASI DASAR**

Penelitian-penelitian tentang status imunisasi dasar pada anak telah banyak dilakukan, dengan hasil sebagai berikut :

### **2.10.1. Umur Ibu**

Umur ibu merupakan faktor yang berhubungan dengan status imunisasi anaknya. Hasil penelitian Wardhana (2001) menyebutkan bahwa ibu yang berumur 30 tahun atau lebih cenderung imunisasi anaknya tidak lengkap dibandingkan dengan ibu yang berumur lebih muda.

Menurut Pillai & Conaway (1992) dalam Wardhana (2001) melaporkan juga ibu-ibu yang lebih muda sering kali memberikan vaksinasi kepada bayi-bayinya hingga tahap berikutnya (DPT1) dibandingkan dengan ibu-ibu yang lebih tua. Namun umur ibu tidak berpengaruh pada tahap-tahap imunisasi lainnya.

Penelitian Isfan (2006) menemukan bahwa ketidaklengkapan imunisasi dasar pada anak lebih beresiko 3,10 kali pada ibu yang berumur  $\geq 30$  tahun dibandingkan umur ibu yang lebih muda atau  $<30$  tahun.

### **2.10.2. Pendidikan Ibu**

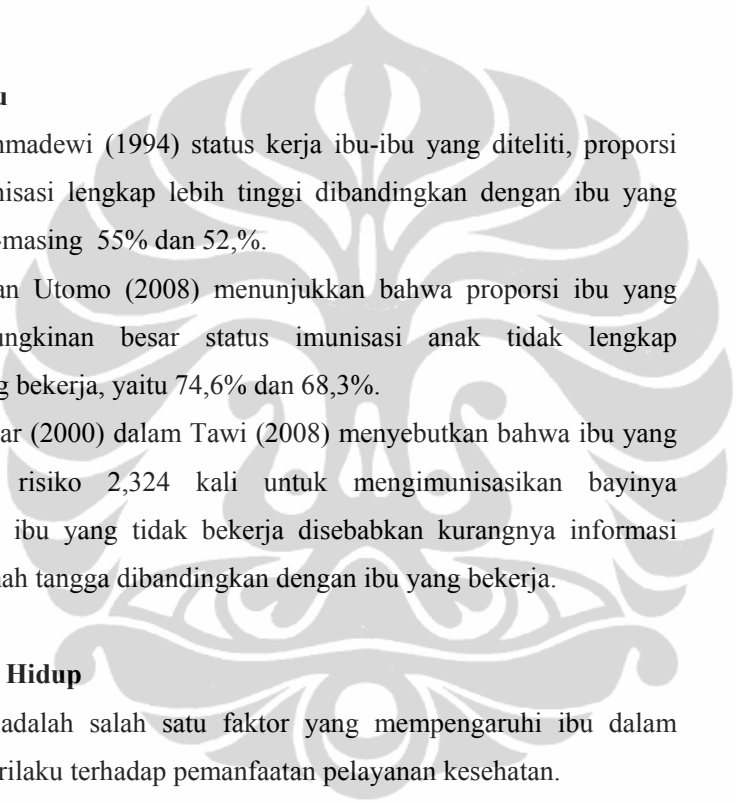
Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang dalam kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Syah, 2000). Selanjutnya pendidikan kesehatan menurut Notoatmodjo (1993) adalah suatu penerapan konsep pendidikan di bidang kesehatan atau dengan kata lain konsep pendidikan kesehatan dimaksudkan untuk menerapkan pendidikan dalam bidang kesehatan yang meliputi proses pembelajaran.

Berdasarkan hasil penelitian Wardhana (2001) menemukan bahwa ibu yang berpendidikan rendah, maka status imunisasi anaknya cenderung tidak lengkap dibandingkan ibu yang berpendidikan tinggi.

Penelitian Isfan (2006) menyebutkan bahwa ketidaklengkapan imunisasi dasar pada anak beresiko 2,01 kali pada ibu yang pendidikan rendah dibandingkan ibu yang pendidikan tinggi.

Jadi pendidikan kesehatan tidak terlepas dari proses belajar pada individu, kelompok masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dan tidak mampu menjadi mampu mengatasi sendiri-sendiri masalah kesehatan.

### **2.10.3. Pekerjaan Ibu**

Penelitian Rahmadewi (1994) status kerja ibu-ibu yang diteliti, proporsi anaknya yang diimunisasi lengkap lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja, masing-masing 55% dan 52,%.  


Hasil penelitian Utomo (2008) menunjukkan bahwa proporsi ibu yang tidak bekerja kemungkinan besar status imunisasi anak tidak lengkap dibandingkan ibu yang bekerja, yaitu 74,6% dan 68,3%.

Penelitian Idwar (2000) dalam Tawi (2008) menyebutkan bahwa ibu yang bekerja mempunyai risiko 2,324 kali untuk mengimunisasikan bayinya dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja disebabkan kurangnya informasi yang diterima ibu rumah tangga dibandingkan dengan ibu yang bekerja.

### **2.10.4. Jumlah Anak Hidup**

Jumlah anak adalah salah satu faktor yang mempengaruhi ibu dalam melakukan atau berperilaku terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Ibu yang mempunyai anak tiga orang atau lebih cenderung imunisasi dasar anaknya tidak lengkap dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak satu atau dua orang saja (Wardhana, 2001).

### **2.10.5. Jenis Kelamin Anak**

Pillai & Conaway (1992) mengemukakan bahwa diantara anak-anak yang mendapatkan beberapa imunisasi, anak laki-laki cenderung mendapatkan imunisasi lebih banyak dari pada anak perempuan. Hubungan jenis kelamin anak dengan angka imunisasi tampak sangat penting. Latar belakang keluarga, seperti

keluarga besar (*extended family*) sering kali mendukung pemberian imunisasi secara lengkap.

#### **2.10.6. Pekerjaan Suami**

Hasil penelitian Arifin (2001) menunjukkan bahwa kepala keluarga yang tidak bekerja memiliki kecenderungan anaknya tidak mendapatkan imunisasi yang lebih baik dibandingkan dengan kepala keluarga yang memiliki pekerjaan. Dan resiko ketidaklengkapan imunisasi dasar pada anak 3,21 kali pada suami yang bekerja di sektor non formal dibandingkan sektor formal (Isfan, 2006).

#### **2.10.7. Pendidikan Suami**

Di samping pendidikan ibu, pendidikan ayah juga ikut memberi peranan dalam menurunkan angka mortalitas balita. Mosley, 1983 (dalam Singarimbun, 1988) menyatakan pendidikan ayah merupakan faktor yang sangat mempengaruhi aset rumah tangga dan komoditi pasar yang dikonsumsi oleh rumah tangga. Pendidikan ayah dapat mempengaruhi sikap dan kecenderungan dalam memilih barang-barang konsumsi, termasuk pelayanan pengobatan anak. Efek ini merupakan hal yang paling berarti untuk kelangsungan hidup anak pada saat ayah yang lebih berpendidikan menikah dengan wanita yang kurang berpendidikan.

Peningkatan cakupan imunisasi melalui pendidikan orang tua telah menjadi strategi populer di berbagai negara. Strategi ini berasumsi bahwa anak-anak tidak akan diimunisasi secara benar disebabkan orang tua tidak mendapat penjelasan yang baik atau karena memiliki sikap yang buruk tentang imunisasi. Program imunisasi dapat berhasil jika ada usaha yang sungguh-sungguh dan berkesinambungan pada orang-orang yang memiliki pengetahuan dan komitmen yang tinggi terhadap imunisasi. Jika suatu program intervensi preventif seperti imunisasi ingin dijalankan secara serius dalam menjawab perubahan pola penyakit dan persoalan pada anak dan remaja, maka perbaikan dalam evaluasi perilaku kesehatan masyarakat dan peningkatan pengetahuan sangat diperlukan (Muhammad, 2002 dalam Tawi 2008).

### **2.10.8. Pemeriksaan Kehamilan (ANC)**

Rawatan *antenal* atau *antenatal care* (ANC) adalah rawatan yang diberikan kepada ibu hamil selama masa kehamilannya (Depkes RI dalam Suhendi, 1991).

Di Indonesia pelayanan *antenatal* adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, perawat bidan) pada ibu hamil selama masa kehamilannya, yang sesuai standar pelayanan minimal pelayanan *antenatal* meliputi 5 T yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, imunisasi TT, ukur tinggi fundus uteri dan pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Pemeriksaan kehamilan atau *antenatal care* (ANC) bertujuan untuk mempersiapkan ibu hamil, baik fisik maupun mental dalam menghadapi kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan perawatan anak. Untuk mencapai tujuan tersebut pelayanan *antenatal care* sesuai standar dapat dilaksanakan di puskesmas, puskesmas pembantu, Polindes dan Posyandu.

Penelitian Ediyana (2004) menunjukkan ibu-ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan pada non tenaga kesehatan mempunyai resiko 2,9 kali tidak melengkapi status imunisasi anak dibandingkan ibu yang diperiksa oleh tenaga kesehatan.

### **2.10.9. Kualitas ANC**

Seorang ibu hamil selama kehamilannya minimal diperiksa sebanyak 4 kali yaitu trimester I sebanyak 1 kali, trimester II sebanyak 2 kali dan trimester III minimal 2 kali. Dengan memperoleh pelayanan *antenatal care* yang optimal maka seharusnya ibu hamil akan memperoleh pelayanan imunisasi yang lengkap (Uussukmara, 2000).

Proporsi ibu yang melakukan kunjungan kehamilan < 4 kali kemungkinan besar status imunisasi anak tidak lengkap sebesar 79,1% dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan kehamilan  $\geq$  4 kali yaitu sebesar 73,1% (Utomo, 2008).

#### 2.10.10. **Penolong Persalinan**

Hasil penelitian Suandi (2001) menunjukkan bahwa penolong persalinan berpengaruh terhadap kontak pertama imunisasi hepatitis B bayi yaitu ibu yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan bayinya mempunyai peluang 3,3 kali untuk mendapatkan HB-1 nya pada usia dini dibanding bayi dari ibu yang persalinannya ditolong oleh bukan tenaga kesehatan.

#### 2.10.11. **Jarak ke Fasilitas Kesehatan**

Jarak dari tempat tinggal ke fasilitas pelayanan kesehatan, juga merupakan faktor penentu lain untuk pelayanan kesehatan. Jarak dapat membatasi kemampuan dan kemauan wanita untuk mencari pelayanan terutama ibu.

Basrun (1984) dalam Uussukmara (2000) menemukan hubungan negatif antara jarak dengan utilitas pelayanan kesehatan. Makin jauh suatu pelayanan kesehatan dasar, makin segan mereka datang. Dibuktikan bahwa ada batas jarak tertentu sehingga orang masih mau berusaha untuk mencari pelayanan kesehatan. Batas jarak inipun dipengaruhi oleh jenis jalan, jenis kendaraan pribadi atau umum, berat ringannya penyakit dan kemampuan untuk biaya ongkos jalan.

Penelitian Idwar (2001) juga menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara status imunisasi dengan jarak dekat dibandingkan yang jauh sebesar 1,01 kali. Sedangkan untuk jarak sedang dibandingkan dengan jarak jauh tidak terlihat adanya hubungan yang bermakna. Ibu akan mencari pelayanan kesehatan yang terdekat dengan rumahnya karena pertimbangan aktivitas lain yang harus diselesaikan yang terpaksa ditunda.

#### 2.10.12. **Sumber Informasi KIA**

Keberadaan media informasi berhubungan erat dengan komunikasi massa yang sangat berpengaruh dalam peningkatan pengetahuan dan pemahaman seseorang tentang kesehatan. Komunikasi massa adalah penggunaan media massa untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kepada khalayak atau masyarakat (Notoatmodjo, 1993). Penyediaan informasi tentang kesehatan ibu dan anak (KIA) diharapkan meningkatkan pengetahuan, merubah sikap menjadi positif, serta bagaimana promosi memperbaiki perilaku.



Faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan imunisasi anak usia 12-23 bulan di Indonesia salah satunya pengetahuan ibu yang berasal dari media yang murah dan mudah dijangkau (Cahyono, 2003). Menurut penelitian Ali (2003) sumber informasi mengenai imunisasi pada seluruh responden didapati berturut-turut posyandu (42%), masyarakat (16%), klinik (13%), bidan (12%), puskesmas (8%), dokter (7%), dan media massa (3%). Data ini menunjukkan bahwa peran posyandu masih sangat besar dalam penyebarluasan informasi tentang imunisasi. Satu penelitian mendapatkan 96% orang tua mengaku menerima nasihat dokter sebelum memutuskan imunisasi untuk anak mereka.

Menurut Lubis dalam Tawi (2008), dari suatu penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa kurangnya peran serta ibu rumah tangga dalam hal imunisasi lengkap pada anak disebabkan karena kurang informasi (60-75%), kurang motivasi (2-3%) serta hambatan lainnya (23-37%).

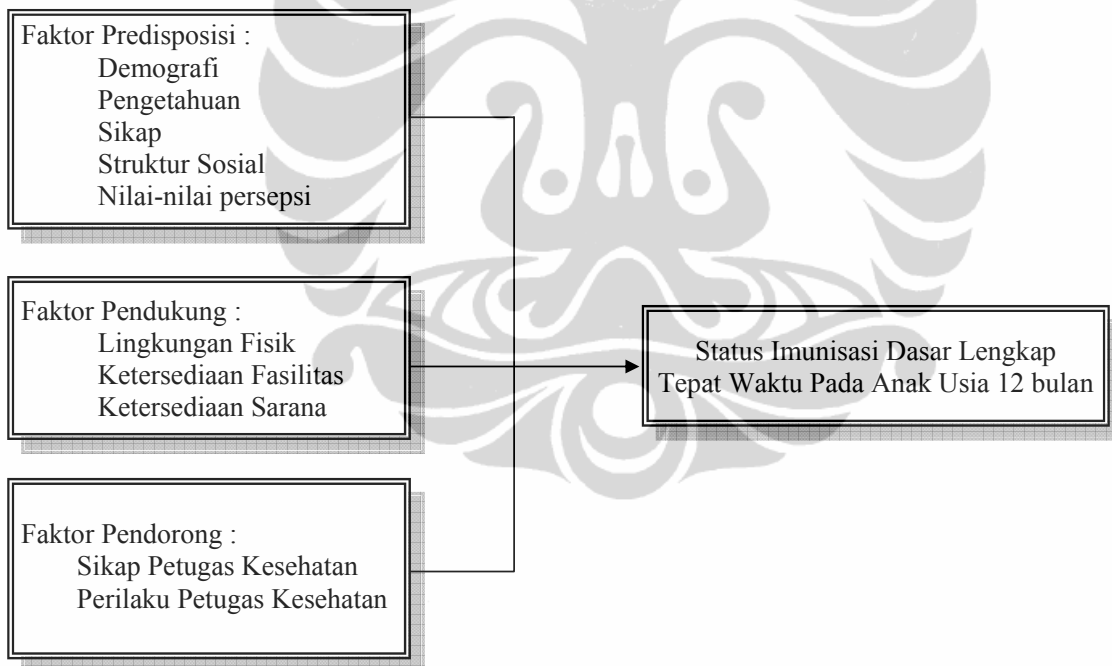
Hasil penelitian Ramli (1988) menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian drop out atau tidak lengkapnya status imunisasi bayi adalah : pengetahuan ibu tentang imunisasi, faktor jumlah anak balita, faktor kepuasan ibu terhadap pelayanan petugas imunisasi, faktor keterlibatan pamong dalam memotivasi ibu dan faktor jarak rumah ke tempat pelayanan imunisasi.

**BAB 3**  
**KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS,**  
**DAN DEFINISI OPERASIONAL**

**3.1. KERANGKA TEORI**

Dari penjabaran pada tinjauan pustaka, dapat diketahui faktor-faktor yang dapat mempengaruhi status imunisasi dasar lengkap tepat waktu pada anak usia 12 bulan. Faktor-faktor tersebut dapat digambarkan pada gambar 3.1. di bawah ini.

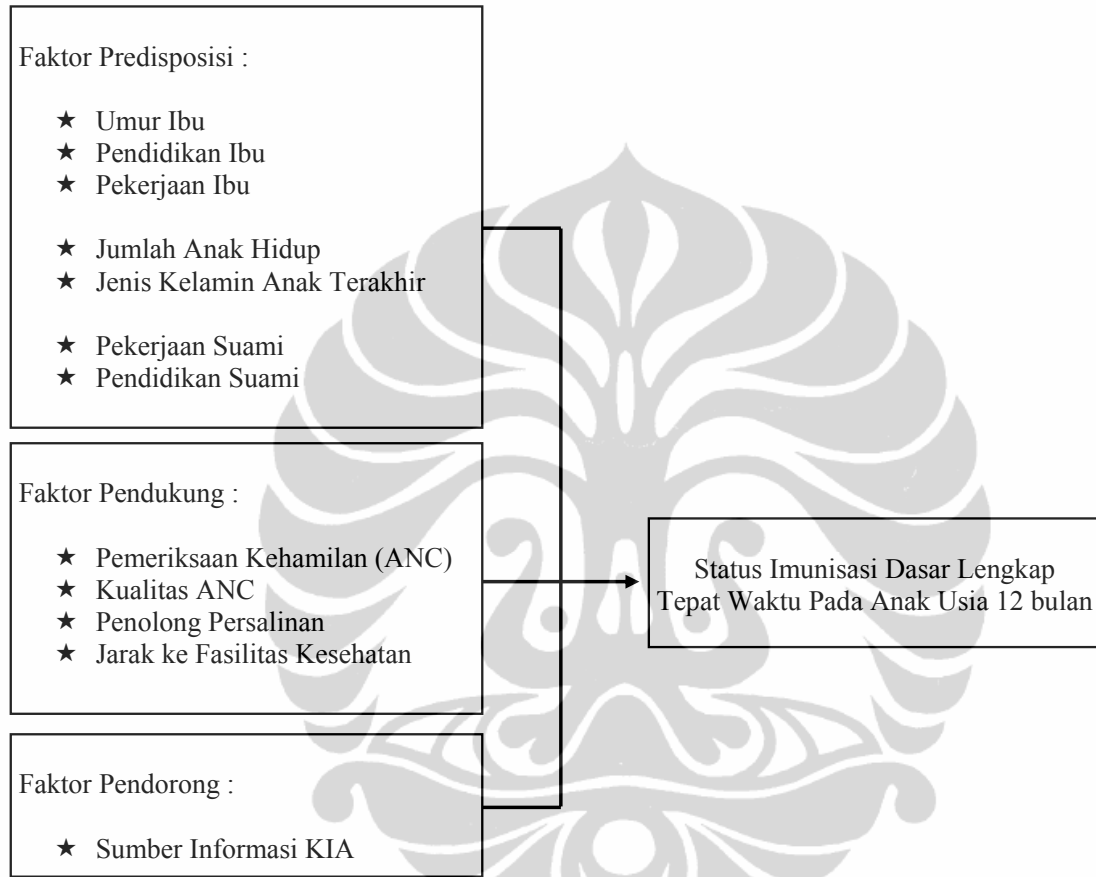
Gambar 3.1. Kerangka Teori



Dari kerangka teori di atas, dapat dilihat bahwa status imunisasi dasar lengkap tepat waktu pada anak usia 12 bulan dipengaruhi oleh faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong.

### 3.2. KERANGKA KONSEP

Gambar 3.2. Kerangka Konsep



Fokus penelitian ini adalah menganalisa faktor yang berhubungan dengan status imunisasi dasar lengkap tepat waktu pada anak usia 12 bulan di 16 Kabupaten Provinsi NTT tahun 2007.

### 3.3. HIPOTESIS

3.3.1. Ada hubungan antara faktor predisposisi (umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak hidup, jenis kelamin anak terakhir, pekerjaan suami, pendidikan suami) dengan status imunisasi dasar lengkap tepat waktu pada anak usia 12 bulan di 16 Kabupaten Provinsi NTT tahun 2007.

- 3.3.2. Ada hubungan antara faktor pendukung (pemeriksaan kehamilan, kualitas ANC, penolong persalinan, jarak ke fasilitas kesehatan) dengan status imunisasi dasar lengkap tepat waktu pada anak usia 12 bulan di 16 Kabupaten Provinsi NTT tahun 2007.
- 3.3.3. Ada hubungan antara faktor pendorong (sumber informasi KIA) dengan status imunisasi dasar lengkap tepat waktu pada anak usia 12 bulan di 16 Kabupaten Provinsi NTT tahun 2007.

