

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Selama beberapa tahun terakhir ini terjadi kekhawatiran akan timbulnya kembali beberapa penyakit menular, seperti difteria dan tetanus. Program imunisasi melalui *The Expanded Program on Immunization* (EPI), seharusnya sudah menjadikan kedua penyakit tersebut jarang ditemukan di dunia, namun fakta dunia saat ini khususnya di negara sedang berkembang setiap tahunnya 3,5 juta anak balita meninggal karena penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sekitar 22 juta bayi di dunia yang belum mendapatkan imunisasi lengkap dan sebesar 9,5 juta adalah di wilayah Asia Tenggara, termasuk di dalamnya anak-anak Indonesia (Kemenkes RI, 2019).

Program Imunisasi di Indonesia dalam lima tahun terakhir tidak mengalami perkembangan yang signifikan. Hasil Riset Kesehatan Dasar 2018 Kementerian Kesehatan RI menunjukkan cakupan status imunisasi dasar lengkap (IDL) pada anak (usia 12-23 bulan) menurun dari 59,2% (2013) menjadi 57,9% (2018). Artinya, dari sekitar 6 juta anak berusia 12-23 bulan hanya sekitar 2,5 juta anak saja yang lengkap imunisasinya. Jumlah anak yang belum diimunisasi lengkap itu hampir setara dengan separuh jumlah penduduk Singapura. Sebaliknya anak yang diimunisasi tapi tidak lengkap meningkat dari 32,1% menjadi 32,9% pada periode yang sama. Angka imunisasi dasar

lengkap anak di pedesaan lebih rendah (53,8%) dibandingkan anak-anak di perkotaan (61,5%). Dua kondisi tersebut cukup mengkhawatirkan untuk masa depan kesehatan anak-anak (Riskesdas, 2018) Indonesia masih menempati peringkat ke-4 di dunia setelah India, Nigeria, dan Republik Demokrasi Kongo untuk under vaccination children dalam cakupan imunisasi DPT3. Hal ini mengakibatkan Indonesia menjadi salah satu Negara prioritas yang diidentifikasi oleh WHO dan UNICEF untuk melaksanakan akselerasi dalam pencapaian target 100% UCI Desa/ Kelurahan.

Dari sekian banyak jenis imunisasi, imunisasi DPT adalah salah satu jenis imunisasi yang sering dilalaikan oleh kebanyakan orang karena harus diberikan kepada anak sampai lima kali yaitu saat anak berusia 2 bulan, 4 bulan, 6 bulan, 12-18 bulan, dan imunisasi DPT yang terakhir diberikan kepada anak ketika berusia 4 – 6 tahun. Imunisasi DPT merupakan suatu jenis imunisasi yang diberikan kepada anak untuk mencegah penyakit difteri, pertusis, dan tetanus. Proporsi kematian bayi karena tetanus neonatorum di Indonesia cukup tinggi yaitu 6,7%.

Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan cakupan imunisasi Difteri Pertusis Tetanus Hepatitis B (DPT-HB) paling rendah dibandingkan jenis imunisasi lainnya dengan angka tingkat nasional sebesar 61,3. Angka ini turun dari hasil riset kesehatan dasar tahun 2013 dengan pencapaian 75,6%. (Riskesdas, 2018).

Difteri adalah salah satu penyakit yang sangat menular, dapat dicegah dengan imunisasi, dan disebabkan oleh bakteri gram positif *Corynebacterium diphtheriae strain* toksin. Penyakit ini ditandai dengan adanya peradangan pada tempat infeksi, terutama pada selaput mukosa faring, laring, tonsil, hidung dan juga pada kulit. Manusia adalah satu-satunya reservoir *Corynebacterium diphtheriae*. Penularan terjadi secara droplet (percikan ludah) dari batuk, bersin, muntah, melalui alat makan, atau kontak langsung dari lesi di kulit. Tanda dan gejala berupa infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) bagian atas, adanya nyeri tenggorok, nyeri menelan, demam tidak tinggi (kurang dari 38,5° C), dan ditemui adanya pseudomembrane putih/keabu-abuan/kehitaman di tonsil, faring, atau laring yang tak mudah lepas, serta berdarah apabila diangkat. Sebanyak 94 % kasus Difteri mengenai tonsil dan faring. Pada keadaan lebih berat dapat ditandai dengan kesulitan menelan, sesak nafas, stridor dan pembengkakan leher yang tampak seperti leher sapi (*bullneck*). Kematian biasanya terjadi karena obstruksi/sumbatan jalan nafas, kerusakan otot jantung, serta kelainan susunan saraf pusat dan ginjal.

Apabila tidak diobati dan penderita tidak mempunyai kekebalan, angka kematian adalah sekitar 50 %, sedangkan dengan terapi angka kematiannya sekitar 10%, (*CDC Manual for the Surveilans of Vaccine Preventable Diseases*, 2017). Angka kematian Difteri rata-rata 5 – 10% pada anak usia kurang 5 tahun dan 20% pada dewasa (diatas 40 tahun) (CDC Atlanta, 2016). Penyakit Difteri tersebar di seluruh dunia. Pada tahun 2014, tercatat sebanyak 7347 kasus dan

7217 kasus di antaranya (98%) berasal dari negara-negara anggota WHO South East Asian Region (SEAR). Jumlah kasus Difteri di Indonesia, dilaporkan sebanyak 775 kasus pada tahun 2013 (19% dari total kasus SEAR), selanjutnya jumlah kasus menurun menjadi 430 pada tahun 2014 (6% dari total kasus SEAR).

Jumlah kasus Difteri di Indonesia sedikit meningkat pada tahun 2016 jika dibandingkan dengan tahun 2015 (529 kasus pada tahun 2015 dan 591 pada tahun 2016). Demikian pula jumlah Kabupaten/Kota yang terdampak pada tahun 2016 mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan jumlah Kabupaten/Kota pada tahun 2015. Tahun 2015 sebanyak 89 Kabupaten/ Kota dan pada tahun 2016 menjadi 100 Kabupaten/ Kota (Kemenkes, 2017).

Pada 2018, Profil Kesehatan Indonesia 2018 mencatat jumlah kasus sebanyak 1.665 kasus, total yang divaksinasi hanya 98 orang, korban meninggal sebanyak 29 kasus. Kasus tertinggi terjadi di Jawa Timur sebanyak 325 kasus, dan di Riau sebanyak 5 kasus. Untuk kasus di Kabupaten Kampar pada medio November dan Desember 2017 terdapat dua kasus suspect Difteri. Meski hasil laboratorium negative, penyakit mematikan yang banyak menjangkiti anak-anak ini harus diwaspadai. Kemungkinan penyakit ini datang lagi karena imunisasi DPT ulang setiap 10 tahun sekali tidak dilakukan oleh masyarakat, sehingga ketahanan tubuh terhadap bakteri pun menurun. Di samping itu, terdapat kelompok yang menolak imunisasi.

Berdasarkan profil kesehatan Provinsi Riau Cakupan imunisasi DPT-HB sebesar 40,2 persen. Sedangkan data Ditjen Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) tahun 2018 menunjukkan tingkat drop-out imunisasi DPT-HB di provinsi Riau menduduki peringkat ke empat dengan angka sebesar 3,3% (Kemenkes RI, 2018).

Pencapaian *Universal Child Immunization* (UCI) ialah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan). Desa UCI merupakan gambaran desa atau kelurahan dengan $\geq 80\%$ jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun. Pencapaian desa UCI di Riau dari tahun ke tahun mengalami penurunan pada tahun 2016 sebesar 83,8%, tahun 2017 sebesar 79% dan menurun lagi di tahun 2018 sebesar 71% (Profil Kesehatan Provinsi Riau, 2018).

Berdasarkan data Kabupaten/Kota yang mencapai target ada 2 kabupaten yaitu Kota Dumai (93%) dan Kabupaten Meranti (97%). Kabupaten yang tidak mencapai target ada 10 Kabupaten termasuk Kabupaten Kampar yang hanya mencapai target 69% . kondisi ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan data tahun 2017 dengan pencapaian 80% (Profil Provinsi Riau, 2018).

Tabel 1.1 Cakupan Imunisasi DPT-HB di Puskesmas Kabupaten Kampar Bulan Desember Tahun 2019

No	Puskesmas	Jumlah bayi	Jumlah bayi imunisasi DPT
1	Bangkinang kota	793	69
2	Kampar	1036	76
3	Tambang	1718	112
4	XIII Koto Kampar I	165	9
5	XIII Koto Kampar II	147	9
6	XIII Koto Kampar III	177	17
7	Kuok	561	15
8	Siak Hulu I	1069	86
9	Siak Hulu II	978	78
10	Siak Hulu III	359	18
11	Kampar Kiri	642	39
12	Kampar Kiri Hilir	266	17
13	Kampar Kiri Hulu I	169	14
14	Kampar Kiri Hulu II	69	0
15	Tapung I	437	24
16	Tapung II	849	75
17	Tapung	714	55
18	Tapung Hilir I	623	28
19	Tapung Hilir II	604	40
20	Tapung Hulu I	1038	64
21	Tapung Hulu II	780	39
22	Salo	556	47
23	Rumbio Jaya	355	16
24	Bangkinang	708	60
25	Perhentian Raja	362	0
26	Kampar Timur	517	45
27	Kampar Utara	357	13
28	Kampar Kiri Tengah	600	50
29	Gunung Sahilan I	225	16
30	Gunung Sahilan II	253	12
31	Koto Kampar Hulu	351	27

Sumber : Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar Desember 2019

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar, dari 31 puskesmas yang terdapat di Kabupaten Kampar salah satu puskesmas yang rendah cakupan imunisasi DPT nya adalah puskesmas Kuok.

Berdasarkan data yang peneliti dapatkan dari puskesmas kuok masih terdapat desa atau kelurahan yang belum mencapai target UCI yaitu desa Merangin (76,7%) dan Pulau Terap (57,8%)

Dilihat dari mudahnya penyakit difteri, pertusis, dan tetanus menginfeksi manusia dan bahaya – bahaya yang dihadapi dari penyakit – penyakit tersebut sampai berdampak pada kematian, seharusnya masyarakat dapat lebih sadar akan pentingnya imunisasi DPT yang dilakukan pada anak sesuai dengan peraturan yang berlaku. Imunisasi DPT merupakan imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit difteri yaitu radang tenggorokan yang sangat berbahaya karena menimbulkan tenggorokan tersumbat dan kerusakan jantung yang menyebabkan kematian dalam beberapa hari saja, penyakit pertusis yaitu radang paru (pernapasan) yang juga disebut batuk rejan atau batuk 100 hari karena sakitnya bisa mencapai 100 hari atau 3 bulan lebih. Gejala penyakit ini sangat khas yaitu batuk yang bertahap, panjang, lama disertai bunyi “whoop”/ berbunyi dan diakhiri dengan muntah, mata bengkak atau penderita dapat meninggal karena kesulitan bernapas dan penyakit tetanus yaitu penyakit kejang otot seluruh tubuh dengan mulut terkunci/terkancing sehingga mulut tidak bisa membuka atau dibuka.

Pemberian Imunisasi akan terlaksana apabila ada peran serta dan kesadaran dari masyarakat khususnya ibu yang memiliki balita. Perilaku ibu dalam pemberian imunisasi masih banyak dipengaruhi oleh beberapa factor. Menurut teori Lawrence Green (1980), perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan dipengaruhi tiga faktor yang meliputi *predisposing factor* (faktor pemudah), *enabling factor* (faktor pemungkin), dan *reinforcing factor* (faktor penguat). Aplikasi teori Lawrence Green tersebut dari unsur *predisposing factor*

meliputi tingkat pendidikan ibu bayi, tingkat pengetahuan ibu bayi tentang imunisasi dasar, status pekerjaan ibu, pendapatan keluarga, jumlah anak dalam keluarga, dan dukungan keluarga. Unsur *enabling factor* terwujud dalam lingkungan fisik yaitu tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana untuk imunisasi dan keterjangkauan ke tempat pelayanan imunisasi tersedianya sumber-sumber informasi. Unsur *reinforcing factor* meliputi sikap dan perilaku petugas imunisasi dan kader (Notoatmodjo, 2003).

Salah satu faktor penyebab kegagalan program imunisasi adalah penolakan ibu terhadap imunisasi. Penolakan imunisasi antara lain diakibatkan oleh pengetahuan yang kurang dan anggapan salah tentang imunisasi yang berkembang dalam masyarakat, banyak pula orangtua dan kalangan praktisi tertentu khawatir terhadap risiko dari beberapa vaksin. Disamping itu ketersediaan sumber informasi juga memberi pengaruh terhadap pelaksanaan imunisasi DPT_HB. Ada media yang masih mempertanyakan manfaat imunisasi serta membesar-besarkan risiko beberapa vaksin sehingga terkesan memprovokatori masyarakat untuk tidak membawa bayinya di imunisasi. Penelitian Davies dkk mendapatkan 43% situs yang ada di internet merupakan situs antivaksinasi. Beberapa studi mendapatkan bahwa pengetahuan, pendidikan, sikap dan sumber informasi berhubungan dengan cakupan imunisasi, serta opini orangtua tentang vaksin berhubungan dengan status imunisasi anak mereka. Penggunaan sarana kesehatan oleh anak, berkaitan erat

dengan perilaku dan kepercayaan ibu tentang kesehatan dan hal ini akan mempengaruhi status imunisasi anaknya (Irawati, 2011).

Berdasarkan hasil survey awal yang diperoleh dari 20 ibu yang mempunyai bayi yang berada di Desa Pulau Terap dan Desa Merangin, hanya 8 orang ibu yang memiliki pengetahuan baik tentang imunisasi DPT-HB dan bersedia bayinya untuk diberikan imunisasi DPT-HB, 4 orang ibu memiliki sikap negatif tentang imunisasi DPT-HB yang mengatakan tidak perlu diberikan imunisasi karena beranggapan bahwa imunisasi memasukkan penyakit itu sendiri ke dalam tubuh anak dan 8 orang tidak bersedia bayinya di suntik karena takut bayinya demam dan mengatakan bahwa penyuluhan dari tenaga kesehatan jarang dilakukan sehingga ibu tidak mengetahui manfaat imunisasi.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan Imunisasi Dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020”**.

B. Rumusan Penelitian

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan Imunisasi Dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020?”

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan Imunisasi Dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui distribusi Kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020.
- b. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan ibu tentang imunisasi dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020
- c. Untuk mengetahui distribusi frekuensi sikap ibu tentang imunisasi dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020
- d. Untuk mengetahui distribusi frekuensi ketersediaan sumber informasi tentang imunisasi dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020
- e. Untuk mengetahui hubungan faktor pengetahuan dengan kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020
- f. Untuk mengetahui hubungan faktor sikap dengan kelengkapan

imunisasi dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap
Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020

- g. Untuk mengetahui hubungan faktor ketersediaan sumber informasi dengan kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pula

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Dari penelitian ini diharapkan dapat diperoleh informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan Imunisasi Dasar DPT-HB pada Bayi di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok Tahun 2020

a. Bagi tempat penelitian

Bagi tempat penelitian sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan di instansi terkait, dalam upaya meningkatkan pemberian informasi dan pengetahuan terkait imunisasi DPT-HB kepada ibu yang memiliki bayi khususnya yang tidak mendapatkan imunisasi DPT-HB

b. Bagi Intitusi Pendidikan

Dapat menjadi bahan referensi dan bahan bacaan di perpustakaan di Universitas Pahlawan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk dapat menindak lanjuti aspek yang lebih luas dan lebih lengkap untuk kesempurnaan penelitian ini dengan variabel yang berbeda.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk masukan dalam upaya meningkatkan pelayanannya kepada pasien khususnya bayi yang tidak mendapatkan imunisasi DPT-HB di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Defenisi Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata “imun” yang berarti kebal atau resisten. Imunisasi merupakan pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan sesuatu ke dalam tubuh agar tubuh tahan terhadap penyakit yang sedang mewabah atau berbahaya bagi manusia (Maryunani, 2013).

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Kemenkes RI, 2016).

Perlu diketahui bahwa imunisasi dan vaksinasi seringkali diartikan sama. Imunisasi pasif adalah suatu pemindahan atau transfer antibodi secara pasif. Vaksinasi adalah imunisasi aktif dengan pemberian vaksin (antigen) yang dapat merangsang pembentukan imunitas (antibody) dari sistem imun dalam tubuh (Ranuh et al, 2011).

2. Tujuan imunisasi

Menurut (Kemenkes RI, 2016) Tujuan imunisasi antara lain :

a. Tujuan umum

Menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

b. Tujuan khusus

- 1) Tercapainya target *Universal Child Immunization* (UCI) yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di seluruh desa/kelurahan pada tahun 2014
- 2) Tervalidasinya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (insiden dibawah 1 per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun) pada tahun 2013
- 3) Eradikasi polio pada tahun 2015
- 4) Tercapainya eliminasi campak pada tahun 2015
- 5) Terselenggaranya pemberian imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (*safety injection practice and waste disposal management*)

3. Manfaat imunisasi

Menurut Proverawati dan Andhini (2010) manfaat imunisasi tidak hanya dirasakan oleh pemerintah dengan menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, tetapi juga dirasakan oleh :

a. Untuk Anak

Mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian.

b. Untuk Keluarga

Menghilangkan kecemasan dan psikologi pengobatan bila anak sakit. Mendorong pembentukan keluarga apabila orang tua yakin akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman. Hal ini mendorong penyiapan keluarga yang terencana, agar sehat dan berkualitas.

c. Untuk Negara

Memperbaiki tingkat kesehatan menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara.

4. Dampak Imunisasi

Nilai (value) vaksin dibagi dalam tiga kategori yaitu secara individu, sosial dan keuntungan dalam menunjang sistem kesehatan nasional. Secara individu, apabila anak telah mendapat vaksinasi maka 80%-95% akan terhindar dari penyakit infeksi yang ganas. Makin banyak bayi/anak yang mendapat vaksinasi (dinilai dari cakupan imunisasi), makin terlihat penurunan angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) (Ranuh et.al, 2011).

Kekebalan individu ini akan mengakibatkan pemutusan rantai penularan penyakit dari anak ke anak lain atau kepada orang dewasa yang hidup bersamanya, inilah yang disebut keuntungan sosial, karena dalam hal

ini 5%-20% anak yang tidak diimunisasi akan juga terlindung, disebut *Herd Immunity*. Menurunnya angka morbiditas akan menurunkan biaya pengobatan dan perawatan di rumah sakit, mencegah kematian dan kecacatan yang akan menjadi beban masyarakat seumur hidupnya. Upaya pencegahan penyakit infeksi pada anak, berarti akan meningkatkan kualitas hidup anak dan meningkatkan daya produktivitas karena 30% dari anak-anak masa kini adalah generasi yang akan memegang kendali pemerintahan dimasa yang akan datang (Ranuh et.al, 2011).

Dalam hal menunjang sistem kesehatan nasional, program imunisasi sangat efektif dan efisien apabila diberikan dalam cakupan yang luas secara nasional. Peningkatan pertumbuhan ekonomi suatu negara tentunya akan lebih baik bila masyarakatnya lebih sehat sehingga anggaran untuk kuratif/pengobatan dapat dialihkan pada program lain yang membutuhkan. Investasi dalam kesehatan untuk kesejahteraan dan peningkatan kualitas anak di masa depan (Ranuh et.al, 2011).

5. Jenis-jenis Imunisasi

Imunisasi dapat terjadi secara alamiah dan buatan dimana masing-masing imunitas tubuh (*acquired immunity*) dapat diperoleh secara aktif maupun secara pasif.

a. Imunisasi Aktif

Imunisasi aktif adalah pemberian kuman atau racun kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan dengan tujuan untuk merangsang tubuh

memproduksi antibodi sendiri. Imunisasi aktif merupakan pemberian zat sebagai antigen yang diharapkan akan terjadi suatu proses infeksi buatan sehingga tubuh mengalami reaksi imunologi spesifik yang akan menghasilkan respon seluler dan humoral serta dihasilkannya sel memori, sehingga apabila benar-benar terjadi infeksi maka tubuh secara cepat dapat merespon (Maryunani, 2013).

Vaksin diberikan dengan cara disuntikkan atau per oral/ melalui mulut. Terhadap pemberian vaksin tersebut, maka tubuh membuat zat-zat anti terhadap penyakit bersangkutan (oleh karena itu dinamakan imunisasi aktif, kadar zat-zat dapat diukur dengan pemeriksaan darah) dan oleh sebab itu menjadi imun terhadap penyakit tersebut. Jenis imunisasi aktif antara lain vaksin BCG, vaksin DPT (difteri-pertusis-tetanus), vaksin poliomielitis, vaksin campak, vaksin typh (typhus abdominalis), toxoid tetanus dan lain-lain (Maryunani, 2013).

Namun hanya lima imunisasi (BCG, DPT, Polio, Hepatitis B, Campak) yang menjadi Program Imunisasi Nasional yang dikenal sebagai Program Pengembangan Imunisasi (PPI) atau extended program on immunization (EPI) yang dilaksanakan sejak tahun 1977. PPI merupakan program pemerintah dalam bidang imunisasi untuk mencapai komitmen internasional yaitu *Universal Child Immunization* (Ranuh et.al, 2011).

b. Imunisasi Pasif

Imunisasi pasif adalah pemberian antibodi kepada resipien, dimaksudkan untuk memberikan imunitas secara langsung tanpa harus memproduksi sendiri zat aktif tersebut untuk kekebalan tubuhnya. Antibodi yang ditujukan untuk upaya pencegahan atau pengobatan terhadap infeksi, baik untuk infeksi bakteri maupun virus.

Mekanisme kerja antibodi terhadap infeksi bakteri melalui netralisasi toksin, opsonisasi, atau bakteriolisis. Kerja antibodi terhadap infeksi virus melalui netralisasi virus, pencegahan masuknya virus ke dalam sel dan promosi sel natural-killer untuk melawan virus. Dengan demikian pemberian antibodi akan menimbulkan efek proteksi segera. Tetapi karena tidak melibatkan sel memori dalam sistem imunitas tubuh, proteksinya bersifat sementara selama antibodi masih aktif di dalam tubuh resipien, dan perlindungannya singkat karena tubuh tidak membentuk memori terhadap patogen/ antigen spesifiknya (Ranuh et.al, 2011).

Transfer imunitas pasif didapat terjadi saat seseorang menerima plasma atau serum yang mengandung antibodi tertentu untuk menunjang kekebalan tubuhnya (Ranuh et.al, 2011).

Imunisasi pasif dimana zat antinya didapat dari luar tubuh, misalnya dengan suntik bahan atau serum yang mengandung zat anti. Zat anti ini didapat oleh anak dari luar dan hanya berlangsung pendek yaitu 2-3

minggu karena zat anti seperti ini akan dikeluarkan kembali dari tubuh anak (Maryunani, 2013)

6. Penyelenggaraan imunisasi di Indonesia

Program Imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, balita, anak-anak, Wanita Usia Subur (WUS) dan ibu hamil.

Berdasarkan sifat penyelenggaraannya, imunisasi dikelompokkan menjadi imunisasi wajib dan imunisasi pilihan.

a. Imunisasi Wajib

Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu.

Imunisasi wajib terdiri atas imunisasi rutin, tambahan dan khusus (Kemenkes RI, 2013).

1) Imunisasi Rutin

Imunisasi rutin merupakan kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus menerus harus dilaksanakan pada periode tertentu yang telah ditetapkan.

Berdasarkan tempat pelayanan imunisasi rutin dibagi menjadi: a). imunisasi di dalam gedung (komponen statis) dilaksanakan di puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit atau rumah bersalin,

b) Pelayanan imunisasi di luar gedung dilaksanakan di posyandu, di sekolah, atau melalui kunjungan rumah, c) Pelayanan imunisasi rutin dapat juga diselenggarakan oleh swasta (seperti rumah sakit swasta, dokter praktek dan bidan praktek) (Lisnawati, 2011).

Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan.

a) Imunisasi Dasar

Imunisasi ini diberikan pada bayi sebelum berusia satu tahun. Jenis imunisasi dasar terdiri atas Hepatitis B pada bayi baru lahir, BCG, Difhteria Pertusis Tetanus-Hepatitis B (DPT-HB) atau Difhteria Pertusis Tetanus-Hepatitis B-Haemophilus Influenza type B (DPT-HB-Hib), Polio dan Campak (Kemenkes RI, 2013).

b) Imunisasi Lanjutan

Imunisasi lanjutan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk melengkapi imunisasi dasar pada bayi yang diberikan kepada anak usia bawah tiga tahun (batita), anak usia sekolah, dan Wanita Usia Subur (WUS) termasuk ibu hamil sehingga dapat mempertahankan tingkat kekebalan atau untuk memperpanjang masa perlindungan. Imunisasi lanjutan pada WUS salah satunya dilaksanakan pada waktu melakukan pelayanan antenatal. Jenis imunisasi lanjutan yang diberikan pada anak usia bawah tiga tahun (batita) terdiri atas Difhteria Pertusis TetanusHepatitis B (DPT-HB) atau Difhteria Pertusis Tetanus-Hepatitis

BHaemophilus Influenza type B (DPT-HB-Hib) pada usia 18 bulan dan campak pada usia 24 bulan. Imunisasi lanjutan pada anak usia sekolah dasar diberikan pada Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) dengan jenis imunisasi lanjutan yang diberikan pada anak usia sekolah dasar terdiri atas campak, Difhteria Tetanus (DT), dan Tetanus Difhteria (Td). Jenis imunisasi lanjutan yang diberikan pada wanita usia subur berupa Tetanus Toxoid (Kemenkes RI, 2013).

2) Imunisasi Tambahan

Imunisasi tambahan adalah kegiatan imunisasi yang dilakukan atas dasar ditemukannya masalah dari hasil pemantauan atau evaluasi. Kegiatan ini sifatnya tidak rutin, membutuhkan biaya khusus, kegiatan dilaksanakan dalam suatu periode tertentu. Yang termasuk dalam kegiatan imunisasi tambahan adalah: a. Backlog fighting b. Crash program c. PIN (Pekan Imunisasi Nasional) d. Sub PIN e. Catch up Campaign campak f. Imunisasi dalam Penanganan KLB (Outbreak Response Immunization/ORI)

3) Imunisasi Khusus

Imunisasi khusus merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan untuk melindungi masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu. Situasi tertentu yang dimaksud tersebut antara lain persiapan keberangkatan calon jemaah haji/umroh, persiapan perjalanan

menuju negara endemis penyakit tertentu dan kondisi kejadian luar biasa (KLB). Jenis imunisasi khusus antara lain terdiri atas imunisasi Meningitis Meningokokus, imunisasi Yellow Fever (demam kuning), dan imunisasi Anti Rabies (VAR) (Kemenkes RI, 2013)

b. Imunisasi Pilihan

Imunisasi pilihan merupakan imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit menular tertentu. Imunisasi pilihan adalah imunisasi lain yang tidak termasuk dalam imunisasi wajib, namun penting diberikan pada bayi, anak, dan dewasa di Indonesia mengingat beban penyakit dari masing-masing penyakit. Jenis imunisasi pilihan dapat berupa imunisasi Haemophilus Influenza tipe b (Hib), Pneumokokus, Rotavirus, Influenza, Varisela, Measles Mump Rubella (MMR), Demam Tifoid, Hepatitis A, Human Papiloma Virus (HPV), dan Japanese Encephalitis (Kemenkes RI, 2013).

7. Imunisasi *Diphtheria Pertusis Tetanus-Hepatitis B (DPT-HB) atau Diphtheria Pertusis Tetanus- Hepatitis B-Hemophilus influenza type B (DPTHB-HiB)*

a. Pengertian imunisasi DPT-HB

1. Imunisasi DPT merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit difteri, pertussis dan tetanus

2. Imunisasi DPT merupakan imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap beberapa penyakit berikut ini:

- a) Penyakit difteri yaitu radang tenggorokan yang sangat berbahaya karena menimbulkan tenggorokan tersumbat dan kerusakan jantung yang menyebabkan kematian dalam beberapa hari saja
- b) Penyakit pertusis yaitu radang paru (pernapasan) yang juga disebut batuk rejan atau batuk 100 hari karena sakitnya bisa mencapai 100 hari atau 3 bulan lebih. Gejala penyakit ini sangat khas yaitu batuk yang bertahap, panjang, lama disertai bunyi “whoop”/ berbunyi dan diakhiri dengan muntah, mata bengkak atau penderita dapat meninggal karena kesulitan bernapas.
- c) Penyakit tetanus yaitu penyakit kejang otot seluruh tubuh dengan mulut terkunci/terkancing sehingga mulut tidak bisa membuka atau dibuka.

2. Pemberian imunisasi DPT-HB dan usia pemberian imunisasi.

Pemberian imunisasi 3 kali (paling sering dilakukan) yaitu pada usia 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan. Namun bisa juga ditambahkan 2 kali lagi yaitu 1 kali diusia 18 bulan dan 1 kali diusia 5 tahun selanjutnya di usia 12 tahun, diberikan imunisasi TT.

3. Cara pemberian DPT-HB

Cara pemberian imunisasi DPT melalui suntikan intra muskuler (IM)

4. Efek samping imunisasi DPT-HB

Biasanya hanya gejala-gejala ringan seperti sedikit demam, rewel 1-2 hari, kemerahan, pembengkakan, agak nyeri atau pegal-pegal pada tempat suntikan yang akan hilang dengan sendirinya dalam beberapa hari, atau bila masih demam dapat diberikan obat penurun panas bayi. Atau bisa juga dengan memberikan minum lebih banyak dan tidak memakai pakaian yang terlalu banyak.

5. Kontraindikasi

Imunisasi DPT-HB tidak dapat berikan pada anak-anak yang mempunyai penyakit atau kelainan saraf baik bersifat keturunan atau bukan, seperti epilepsy, menderita kelainan saraf yang betul-betul berat atau habis dirawat karena infeksi otak, anak-anak yang sedang demam/sakit keras dan yang mudah mendapat kejang dan mempunyai sifat alergi seperti eksim atau asma.

8. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi DPT-HB

a. *Predisposing Factors* (Faktor Predisposisi)

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Dalam hal ini pengetahuan tercakup dalam domain kognitif yang memiliki enam tingkatan, yaitu (a) tahu (know), (b) memahami (comprehesnsion), (c) aplikasi (aplication) , (d) analisa (analysis), (e) sintesis (synthesis), (f) evaluasi (evaluation).

Menurut Notoatmodjo (2007) yang menyebutkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku (berperilaku baru), ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Demikian juga dengan orang tua yang tahu arti dan manfaat imunisasi maka mereka tidak akan takut membawa anaknya untuk mendapatkan imunisasi sehingga tujuan imunisasi dapat tercapai. Pengetahuan ibu tentang imunisasi, kepercayaan dan perilaku ibu merupakan hal yang penting, karena penggunaan sarana kesehatan oleh anak berkaitan erat dengan perilaku dan kepercayaan ibu tentang kesehatan dan mempengaruhi status imunisasi. Keikutsertaan ibu dalam program

imunisasi tidak akan menjadi halangan, jika pengetahuan ibu tentang imunisasi sudah baik

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu (Notoatmodjo, 2007). Newcomb salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka.

Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2007). Menurut Notoatmodjo (2007), sikap mempunyai tiga komponen pokok yakni : a) kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek, b) kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, c) kecenderungan untuk bertindak (trend to behave). Ketiga komponen ini secara

bersama-sama membentuk sikap yang utuh (total attitude). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Sikap terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu (a) menerima (receiving), (b) merespons (responding), (c) menghargai (valuing), (d) bertanggung jawab (responsible).

Faktor sikap merupakan faktor yang timbul dari dalam diri individu sendiri. Tidak membawa anak ketempat pelayanan kesehatan untuk diimunisasi dikarenakan sikap ibu yang tidak memahami pentingnya imunisasi. Sebaliknya ibu yang membawa anaknya untuk diimunisasi didorong oleh sikap ibu yang memahami pentingnya imunisasi untuk mencegah penyakit.. Proses terjadinya sikap karena adanya rangsangan seperti pengetahuan masyarakat. Rangsangan tersebut menstimulus masyarakat untuk memberi respon berupa sikap positif maupun sikap negatif yang pada akhirnya akan terwujud dalam tindakan yang nyata (Notoatmodjo, 2007).

3. Pendidikan

Menurut (Priyoto, 2014) Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Sedangkan menurut UU RI nomor 20 tahun 2003 tentang sistem

pendidikan nasional, bahwa pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran dan atau latihan bagi peran di masa yang akan datang. Dalam bab UU tersebut menyebutkan tentang jalur, jenjang dan jenis pendidikan formal yang terdiri dari pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Menurut UU RI nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan yang melandasi menengah.

Adapun tingkat pendidikan ditinjau dari sudut tingkatan, jalur pendidikan sekolah dibagi menjadi:

a. Pendidikan dasar

Pendidikan dasar berbentuk sekolah dasar (SD) dan madrasah, ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat, serta sekolah menengah pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTS) atau bentuk lain yang sederajat.

b. Pendidikan menengah

Berdasarkan UU RI nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan menengah merupakan lanjutan pendidikan dasar. Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah berbentuk Sekolah

Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) dan Madrasah Aliyah Keagamaan (MAK) atau bentuk lain yang sederajat.

c. Pendidikan tinggi

Berdasarkan UU RI nomor 20 tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah jenjang pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doctor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi. Pendidikan tinggi dapat berbentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi, institusi atau universitas.

Pendidikan menuntut manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi, misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat menunjang kualitas hidup. Dengan demikian dapat diartikan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah untuk menerima informasi sehingga banyak pula pengetahuan yang dimilikinya, sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang diperkenalkan.

Disamping itu, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin luas pengetahuan sehingga akan semakin termotivasi menerima perubahan baru. Adanya perbedaan tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan dan ini menyebabkan perbedaan dalam tanggapan terhadap suatu masalah. Selain itu akan berbeda pula tingkat pemahaman terhadap penerimaan pesan yang disampaikan dalam hal imunisasi. Demikian pula halnya makin tinggi tingkat pendidikan ibu maka akan semakin mudah pula menerima inovasi-inovasi baru yang dihadapannya termasuk tentang imunisasi (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2010) perubahan perilaku kesehatan yang diberikan melalui penyuluhan lebih mudah diterima pada kelompok orang yang berpendidikan tinggi dibandingkan yang berpendidikan rendah. Tingkat pendidikan formal mempengaruhi perbedaan pengetahuan dan keputusan.

Pendidikan menentukan pola pikir dan wawasan seseorang. Pendidikan menjadi hal yang sangat penting dalam mempengaruhi pengetahuan. Individu yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih mudah menerima informasi begitu juga dengan masalah informasi tentang imunisasi yang diberikan oleh petugas kesehatan, sebaliknya ibu yang tingkat pendidikannya rendah akan mendapat kesulitan untuk menerima

informasi yang ada sehingga mereka kurang memahami tentang kelengkapan imunisasi. Pendidikan seseorang yang berbeda juga akan mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan, pada ibu yang berpendidikan tinggi lebih mudah menerima suatu ide baru dibandingkan ibu yang berpendidikan rendah sehingga informasi lebih mudah dapat diterima dan dilaksanakan. Tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu sangat mempengaruhi terlaksananya kegiatan pelaksanaan imunisasi bayi, baik itu pendidikan formal maupun informal.

4. Pekerjaan

Menurut (Priyoto, 2014) Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah, pencaharian. Dewasa ini perempuan mendapat kesempatan bekerja yang semakin terbuka. Alasan yang mendasar saat seseorang untuk memiliki pekerjaan tidak sama antara satu dengan yang lain. Alasan yang umum dijumpai adalah karena kebutuhan keuangan untuk memperkaya pengalaman dan pengetahuan pribadi, hasrat berprestasi.

Jenis-jenis pekerjaan antara lain:

1) *Supervised* (terbimbing)

Tingkatan awal dengan 0-2 tahun pengalaman, membutuhkan pengawasan dan petunjuk dalam pelaksanaan tugas

2) *Moderately supervised*

Tugas kecil dapat dikerjakan oleh mereka tetapi tetap membutuhkan bimbingan untuk tugas yang lebih besar , 3-5 tahun pengalaman.

3) *Independent* (mandiri)

Memulai tugas tidak membutuhkan bimbingan dalam pelaksanaan tugas.

b. *Enabling Factors* (Faktor Pemungkin)

1. Ketersediaan sumber informasi

Informasi adalah data-data yang telah diolah sehingga dapat berguna bagi siapa saja yang membutuhkan. Ketersediaan informasi yang diberikan kepada masyarakat bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat. Dengan meningkatnya pengetahuan dapat memberikan kesadaran pada diri mereka yang pada akhirnya dapat mengubah perilaku masyarakat. Hasil atau perubahan perilaku yang disebabkan karena adanya informasi, walaupun memerlukan waktu yang lama, tetapi perubahan perilakunya akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri (Novita & Fransisca, 2011; Priyoto, 2014)

Sumber informasi kesehatan bisa didapatkan melalui media massa (media cetak, elektronik dan internet), teman dan keluarga

serta penyedia pelayanan kesehatan (tenaga kesehatan) (Colon et al., 2009).

2. Jarak ketempat pelayanan kesehatan

Salah satu faktor yang mempengaruhi pencapaian derajat kesehatan, termasuk status kelengkapan imunisasi dasar adalah adanya keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Kemudahan untuk mencapai pelayanan kesehatan ini antara lain ditentukan oleh adanya transportasi yang tersedia sehingga dapat memperkecil jarak tempuh, hal ini akan menimbulkan motivasi ibu untuk datang ketempat pelayanan imunisasi.

Secara umum jarak adalah letak wilayah (geografis) berhubungan dengan keterjangkauan tempat dan waktu. Keterjangkauan tempat berhubungan dengan tempat dan lokasi sarana pelayanan kesehatan dan tempat tinggal masyarakat dapat diukur dari jarak, waktu dan biaya perjalanan. Tempat tinggal masyarakat dengan pusat pelayanan kesehatan yang diukur dalam radius kilometer. Jarak untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat dibagi dalam tiga kelompok yaitu jarak dekat bila dihitung dalam radius kilometer sejauh kurang dari 1 km, sedang bila dihitung dalam radius kilometer sejauh 1-4 km dan jaraknya jauh

bila dihitung dalam radius kilometer lebih dari 4 km (Razaq, 2000).

Menurut Notoatmodjo (2003), seseorang yang tidak mau mengimunisasi anaknya di tempat pelayanan kesehatan dapat disebabkan karena orang tersebut tidak tau atau belum tau manfaat imunisasi bagi anak, tetapi barang kali juga karena rumahnya terlalu jauh dengan pelayanan kesehatan tempat mengimunisasi anaknya.

Menurut Wiyono (1997) salah satu faktor pendukung yang memberi kontribusi terhadap perilaku dalam mendapatkan pelayanan kesehatan adalah akses terhadap pelayanan kesehatan yang berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, keadaan geografis ini dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang mendapat pelayanan kesehatan. Semakin kecil jarak jangkauan masyarakat terhadap suatu tempat pelayanan kesehatan, maka akan semakin sedikit pula waktu yang diperlukan sehingga tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan meningkat. Pelayanan kesehatan yang lokasinya terlalu jauh dari daerah tempat tinggal tentu tidak mudah dicapai, sehingga membutuhkan transportasi untuk menjangkau tempat pelayanan kesehatan, apabila keadaan ini

sampai terjadi tentu tidak akan memuaskan pasien, maka disebut suatu pelayanan kesehatan bermutu apabila pelayanan tersebut dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan itu (Razaq, 2000).

Tempat pelayanan yang jaraknya jauh bisa jadi membuat orang akan enggan untuk mendatangnya. Jauhnya tempat pelayanan bisa menyebabkan membengkaknya akomodasi pelayanan, karena selain biaya pelayanan kesehatan ada biaya tambahan yaitu biaya transportasi. Bagi orang-orang yang akan berfikir sederhana mungkin akan memutuskan untuk tidak datang kesarana pelayanan kesehatan. Hal ini mungkin terjadi adalah ketidakterjangkauan sarana pelayanan kesehatan oleh masyarakat (Machfoed dan Sunaryani, 2006).

c. *Reinforcing Factors* (faktor Penguat)

1. Dukungan keluarga

Menurut Sarwono (2003) dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan. Dukungan keluarga merupakan bagian integral dari dukungan sosial. Dampak positif dari dukungan keluarga adalah meningkatkan penyesuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan.

Dukungan keluarga adalah bantuan yang bermanfaat secara emosional dan memberikan pengaruh positif yang berupa informasi, bantuan instrumental, emosi, maupun penilaian yang diberikan oleh anggota keluarga yang terdiri dari suami, orang tua, mertua maupun saudara lainnya.

Pengaruh keluarga terhadap pembentukan sikap sangat besar karena keluarga merupakan orang yang paling dekat dengan anggota keluarga yang lain. Jika sikap keluarga terhadap imunisasi kurang begitu respon dan bersikap tidak menghiraukan atau bahkan pelaksanaan kegiatan imunisasi. maka pelaksanaan imunisasi tidak akan dilakukan oleh ibu bayi karena tidak ada dukungan oleh keluarga (Suparyanto, 2011).

Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien), keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan para anggotanya. Melakukan penyuluhan bagi keluarga mengenai pentingnya imunisasi anak yang bekerja sama dengan perangkat desa dan petugas kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan kesadaran keluarga akan pentingnya imunisasi bagi anak sehingga dapat meningkatkan dukungan keluarga terhadap kunjungan ibu untuk mengimunitasikan anaknya.

Menurut Notoatmodjo (2003) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Sikap ibu yang positif terhadap imunisasi harus mendapat konfirmasi dari suaminya dan ada fasilitas imunisasi yang mudah dicapai, agar ibu tersebut mengimunisasikan anaknya. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan dukungan dari pihak lain misalnya suami, orang tua, mertua, dan saudara.

2. Dukungan petugas kesehatan

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan

sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum.

Pasien atau masyarakat menilai mutu pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang empati, respek dan tanggap terhadap kebutuhannya, pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat, diberikan dengan cara yang ramah pada waktu berkunjung. Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan.

Di samping itu, ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku parapedugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku (Notoatmodjo, 2003). Selain itu pasien atau masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap serta mampu menyembuhkan keluhan serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

Petugas kesehatan berupaya dan bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan pada individu dan masyarakat secara profesional akan mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Sehingga diharapkan ibu mau mengimunitasikan bayinya dengan memberikan atau menjelaskan pentingnya imunisasi (Suparyanto, 2011).

Sikap petugas terhadap ibu dari bayi yang mendapatkan imunisasi, kemampuan petugas dalam memberikan penyuluhan mengenai imunisasi dan himbauan dari tokoh agama, tokoh adat, ataupun pejabat setempat, dapat mempengaruhi keputusan ibu dalam mengimunitasikan bayinya (Mubarak et.al, 2007).

B. Penelitian Terkait

1. Hubungan pengetahuan dengan kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB

Penelitian (Irawati, 2011) berjudul faktor karakteristik ibu yang berhubungan dengan ketepatan imunisasi DPT combo dan campak di Pasuruan dengan menggunakan uji *Man Whitney* dengan nilai *P value* $0,008 < 0,05$ yang berarti ada hubungan pengetahuan dengan ketepatan imunisasi DPT.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Izza dkk, 2017) yang berjudul faktor orang tua dan status imunisasi DPT anak 12-36 bulan di Kecamatan Ketapan dan Kecamatan Sokobanah Kabupaten Sampang didapatkan hasil

ibu dari anak 12-36 bulan dengan tingkat pengetahuan tinggi tentang imunisasi DPT-HB lebih banyak (91,7%) balitanya mendapat imunisasi dibandingkan dengan 64,8 persen ibu berpengetahuan rendah, dan memiliki risiko 20,26 kali (95%; 2,43–169,4) anaknya 12–36 bulan diimunisasi DPT dibandingkan dengan orang tua yang rendah tingkat pengetahuannya dengan nilai $P\ value = 0,00$ yang berarti ada hubungan pengetahuan dengan imunisasi DPT-HB.

Sejalan dengan penelitian (Istriyati, 2011) yang berjudul Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi di Desa Kumpulrejo Kecamatan Argomulyo Kota Salatiga didapatkan hasil $P\ value$ pengetahuan = 0,004 yang berarti ada hubungan pengetahuan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi.

2. Hubungan sikap dengan kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB

Penelitian (Izza dkk, 2017) yang berjudul faktor orang tua dan status imunisasi DPT anak 12-36 bulan di Kecamatan Ketapan dan Kecamatan Sokobanah Kabupaten Sampang didapatkan hasil Responden yang bersikap baik untuk melaksanakan imunisasi lebih sedikit (80,0%) balitanya mendapat imunisasi dibandingkan dengan 83,3 persen responden yang memiliki sikap kurang baik, dan memiliki risiko 20 kali (95%; 5,71–69,98) anaknya 12–36 bulan diimunisasi DPT dibandingkan dengan orang tua yang kurang baik sikapnya $P\ value = 0,05$ yang berarti ada hubungan sikap dengan status imunisasi DPT-HB.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Yunizar, 2018) yang berjudul perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simelue Timur tahun 2018 didapatkan hasil $p=0,015 < \alpha=0,05$ berarti H_0 ditolak artinya ada hubungan sikap ibu dengan pemberian Imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simelue Timur tahun 2018.

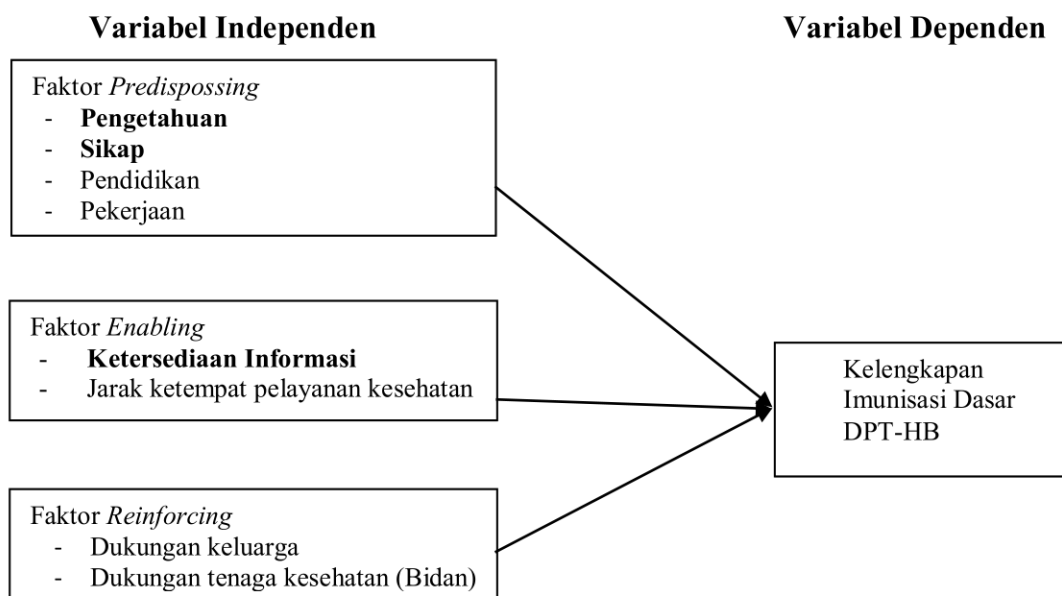
3. Hubungan ketersediaan sumber informasi dengan kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB

penelitian (Triana, 2015) yang berjudul faktor yang berhubungan dengan pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi tahun 2015 didapatkan hasil analisis statistik pada variabel informasi imunisasi memperoleh nilai p-value sebesar 0,04 ($p\text{-value} < 0,05$), berarti adanya hubungan yang bermakna antara informasi tentang imunisasi dengan pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi di Kecamatan Kuranji Kota Padang tahun 2015 dengan nilai $PR = 1,92$ (95% CI: 1,12-2,64), artinya Orang tua yang mendapatkan sedikit informasi tentang imunisasi berisiko 1,92 kali lebih besar tidak memberikan imunisasi dasar lengkap pada bayinya dari pada ibu yang mendapatkan cukup informasi.

C. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah landasan dari suatu penelitian yang dapat memprediksi adanya hubungan antara variabel.

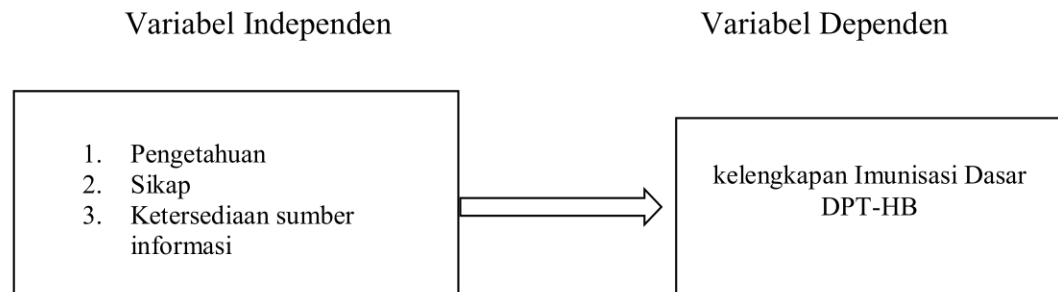
Kerangka teori dari penelitian ini dapat dilihat dari gambar 2.1 berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah. Adapun variabel independen yaitu pengetahuan, sikap dan ketersediaan sumber informasi mempengaruhi variabel dependen yaitu Kelengkapan Imunisasi DPT-HB



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesa

Hipotesa adalah jawaban sementara dari suatu penelitian (Notoadmojo, 2010). Adapun hipotesa dalam penelitian ini adalah :

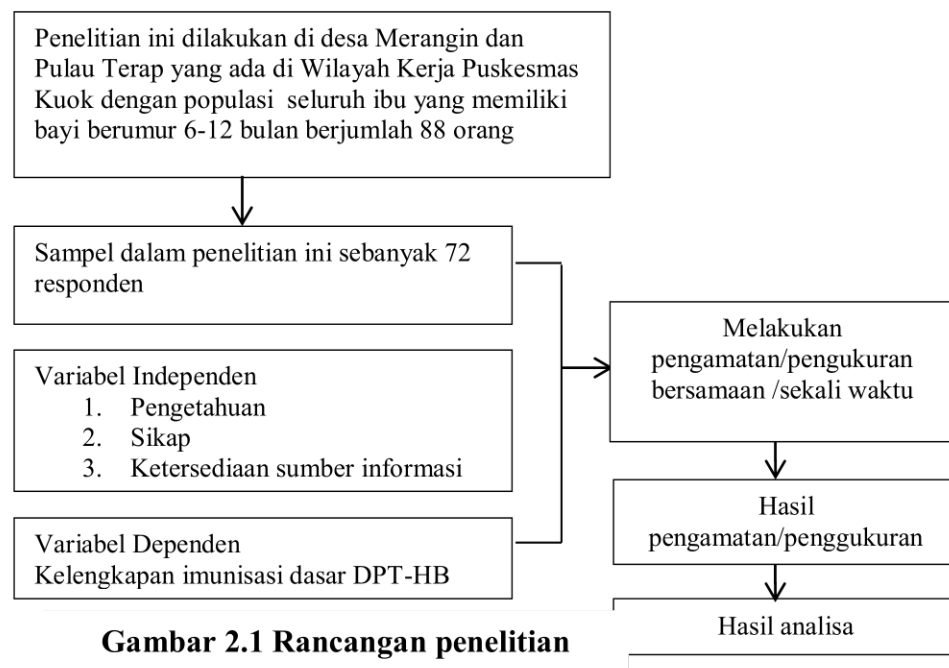
Ha : Ada hubungan faktor pengetahuan, sikap dan ketersediaan sumber informasi dengan kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB

BAB III METODE PENELITIAN

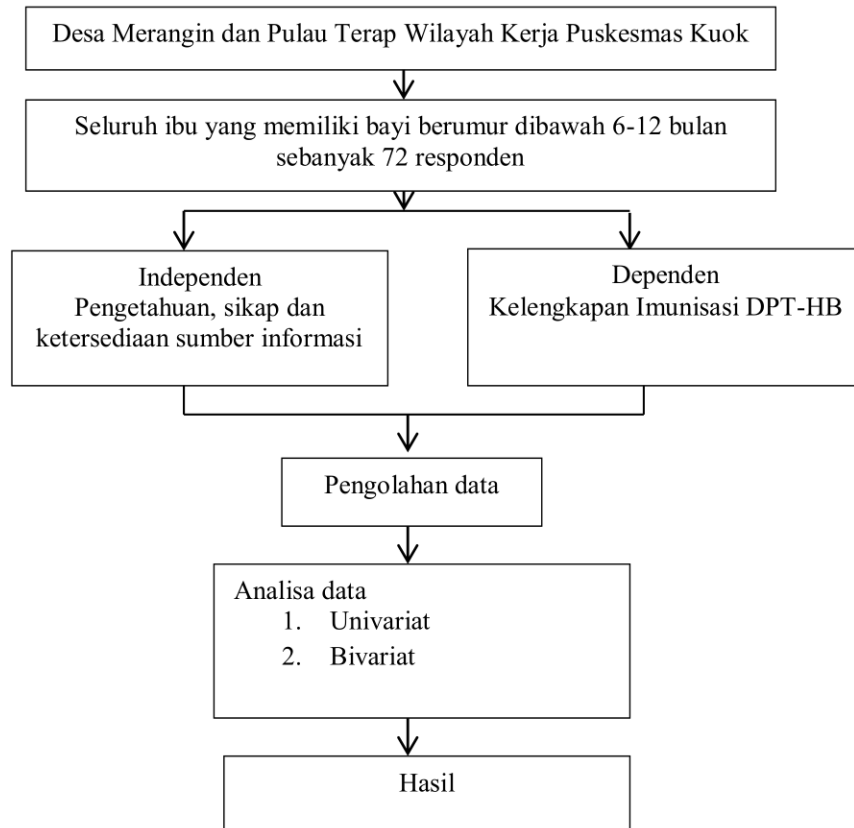
A. Desain Penelitian

1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif, *kuantitatif* adalah survey atau penelitian yang mencoba dan menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Variabel-variabel yang akan diteliti tersebut berupa pengetahuan, sikap dan ketersediaan sumber informasi (Variabel Independen) dengan kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB (Variabel Dependen) dilakukan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010).



2. Alur Penelitian



Gambar 3.2 Alur Penelitian, Notoatmodjo 2010

3. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian yang akan peneliti lakukan meliputi:

- a. Mengajukan surat izin pengambilan data ke bagian prodi D-IV Kebidanan Universitas Pahlawan untuk mengadakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kuok

- b. Setelah mendapatkan surat izin pengambilan data dari bagian prodi D-IV Kebidanan, surat tersebut diberikan pada bagian tata usaha Puskesmas Kuok
 - c. Tembusan disampaikan pada Kepala Puskesmas Kuok untuk mengambil data
 - d. Setelah mendapat izin peneliti mengambil data untuk membuat proposal dan ujian seminar proposal penelitian
 - e. Mengajukan permohonan surat izin ke bagian prodi D-IV Kebidanan Universitas Pahlawan untuk melakukan penelitian di Desa Merangin dan Pulau Terap wilayah kerja Puskesmas Kuok
 - f. Melakukan penelitian
 - g. Mengolah data hasil penelitian
 - h. Seminar hasil penelitian
4. Variabel Penelitian
- a. Variabel Bebas (Independen)
Dalam penelitian ini, variabel *Independent* adalah pengetahuan, sikap dan ketersediaan sumber informasi
 - b. Variabel terikat (Dependen)
Variabel dependen yang digunakan adalah Kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB

B. Rencana Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 2-8 Agustus 2020.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan seluruh objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki bayi berusia 6-12 bulan yang ada di Desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok pada bulan juni sebanyak 88 orang.

2. Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini adalah 72 responden yang merupakan ibu yang memiliki bayi berusia 6-12 bulan.

Adapun perhitungan jumlah sampel pada penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

N : Besar Populasi

n : Besar Sampel

d : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{88}{1 + 88(0,05)^2}$$

$$= \frac{88}{1 + 88(0,0025)}$$

$$= 72,13$$

$$= 72 \text{ orang}$$

3. Teknik pengambilan sampel

Adapun teknik pengambilan sampel dilakukan secara *stratified random sampling* (sampel acak sederhana) yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan cara menetapkan unit-unit anggota populasi dalam bentuk strata yang didasari karakteristik umum dari anggota populasi yang berbeda. Adapun strata yang dimaksud dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki bayi berusia 6-12 bulan di desa Merangin dan Pulau Terap. Untuk memperoleh sampel strata ditiap-tiap desa peneliti menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Sampel Strata} = \frac{\text{Jumlah populasi strata} \times \text{Sampel}}{\text{Jumlah populasi}}$$

Jumlah populasi

Tabel 3.1 Jumlah sampel

No	Kelompok Desa	Populasi	Keterangan	Sampel
1	Merangin	43	$\frac{43 \times 72}{88} = 37,200$	35
2	Pulau Terap	45	$\frac{45 \times 72}{88} = 3,000$	37
Jumlah Populasi		88	Jumlah Sampel	72

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui jumlah sampel yang akan diambil untuk desa Merangin dan Pulau terap yaitu 72 Sampel

4. Kriteria Sampel**(a) Kriteria Inklusi**

Kriteria Inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel, yang memenuhi syarat sebagai berikut:

- 1) Ibu yang memiliki bayi berusia 6-12 bulan di desa Merangin dan Pulau Terap Wilayah Kerja Puskesmas Kuok
- 2) Bayi yang memiliki KMS
- 3) Bersedia menjadi responden.

(b) Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah kriteria dimana ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat mewakili sebagai sampel, yang memenuhi syarat sebagai berikut:

- 1) Responden tidak berada ditempat.

D. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia maka etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan orang lain:

- 1) *Informed consent* (lembar persetujuan)

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden tujuannya subjek mengetahui maksud dari pengolahan data, jika subjek bersedia diteliti maka harus menanda tangani lembar persetujuan. Jika subjek menolak diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

- 2) *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden penelitian tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh responden. Lembar tersebut hanya diberikan inisial atau kode tertentu.

- 3) *Confidentiality* (Kepercayaan)

Kerahasiaan dan informasi yang diberikan oleh responden akan dijamin peneliti.

E. Alat Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil pengumpulan data primer, yakni terhadap responden melalui pengisian kuesioner langsung dengan menggunakan

kuesioner penelitian yang sudah siapakan untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan ketersediaan sumber informasi (variabel independen) dan kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB (variabel dependen)

1) Variabel Independen

a. Pengetahuan

Pengetahuan terdiri 15 pertanyaan *multiple choice*, jika responden menjawab benar maka diberi nilai 1. Sedangkan responden yang menjawab salah maka akan diberi nilai 0.

b. Sikap

Terdapat 10 pernyataan (5 pernyataan positif dan 5 pernyataan negatif) untuk pernyataan yang dijawab benar diberi nilai 1 dan untuk pernyataan negative diberi nilai 0. Hasil akhir pengukuran dikategorikan menurut nilai mean/median yang didapatkan setelah penelitian. Jika hasil negatif (-) < mean/median dan positif (+) \geq nilai mean/median.

c. Ketersediaan Sumber informasi

Untuk variabel ketersediaan sumberi informasi diperoleh dengan memberikan 3 pertanyaan. Bila responden menjawab “ tidak” pada semua pertanyaan kuisisioner maka dimasukkan kategori “tidak mendukung” dengan nilai = 0, dan bila responden menjawab satu saja pertanyaan kuisisioner maka dimasukkan kategori “mendukung” dengan nilai = 1

2) Variabel dependen

Dalam hal ini responden yang kelengkapan imunisasi dasar DPT-HB bayinya terlihat dari KMS. Jika lengkap diberi nilai score 1 dan tidak lengkap nilai score 0.

F. Prosedur Pengumpulan Data

1) Tahapan penelitian

Tahap ini dimulai dari tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap akhir penelitian. Adapun kegiatan pada setiap tahap adalah sebagai berikut:

2) Tahap persiapan

Pada tahap persiapan dilakukan studi pendahuluan untuk mengumpulkan data ibu yang memiliki bayi berusia 6-12 bulan yang ada di desa Merangin dan Pulau Terap di wilayah kerja Puskesmas Kuok studi literatur mengenai pengetahuan, sikap dan ketersediaan sumber informasi pada Ibu serta membuat proposal dan melakukan konsultasi.

3) Tahap Pelaksanaan

Penelitian direncanakan dilakukan di desa Merangin dan Pulau Terap wilayah kerja Puskesmas Kuok dengan jumlah sampel 72 orang responden yang ditemui pada saat kegiatan posyandu di dua desa tersebut. Setelah data primer terkumpul, dilakukan *editing* data, pengkodean data, entri data,

cleaning, analysis data dalam program, Kemudian disusun laporan hasil penelitian dan dibahas sesuai dengan acuan referensi sebelumnya. Konsultasi tentang hasil pembuatan laporan penelitian dan menyajikan hasil laporan penelitian dalam seminar hasil.

4) Tahap Akhir

Pada tahap akhir penelitian peneliti melakukan penyusunan laporan penelitian setelah dianalisis dan interpretasi data, kemudian melakukan pembahasan hasil penelitian dan menarik kesimpulan berdasarkan hasil temuan pada saat penelitian.

G. Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

1. Validitas

Validitas adalah suatu ketepatan atau kesesuaian ukuran yang menunjukkan tingkat kesahihan suatu instrumen. Suatu instrumen dikatakan valid apabila dapat mengukur dengan tepat variabel yang diteliti. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran yang sebenarnya tentang variabel yang dimaksud (Mitra, 2015)

Pengujian validitas dilakukan melalui uji statistik dengan menggunakan uji *Korelasi Person Product Moment*. Pertanyaan dinyatakan valid jika diperoleh nilai r hitung $>$ r tabel dengan tingkat signifikansi 0,05. Hasil Uji validitas kuesioner diperoleh 15 pertanyaan

variabel pengetahuan valid, 10 pertanyaan variabel sikap valid dan 3 pertanyaan variabel sumber informasi juga dinyatakan valid.

2. Reliabilitas

Reliabilitas merupakan keakuratan dan ketepatan dari suatu alat ukur untuk melihat sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap kondisi yang sama dengan alat ukur yang sama.

Untuk mengetahui reliabilitas dilakukan uji *Cronbach's Alpha*. Hasil reliabilitas pada instrumen variabel pengetahuan adalah reliabel karena nilai *Cronbach's* = 0,960 lebih besar dari nilai *Alpha* yaitu 0,6 (Mitra, 2015). Uji reliabilitas pada instrumen variabel sikap adalah reliabel karena nilai *Cronbach's* = 0.794 lebih besar dari nilai *Alpha* yaitu 0,6. Sedangkan hasil Uji reliabilitas pada instrumen variabel ketersediaan sumber informasi adalah reliabel karena nilai *Cronbach's* = 0.778 lebih besar dari nilai *Alpha* yaitu 0,6

H. Definisi Operasional

Tabel 3.2
Defenisi Operasional

Variabel Dependen	Definisi Operasional	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
Kelengkapan Imunisasi dasar DPT-HB	Pemberian imunisasi DPT secara lengkap pada bayi yang dapat dilihat dari Kartu Menuju Sehat (KMS)	Buku KMS	Ordinal	1: lengkap, jika bayi mendapatkan 3 kali imunisasi DPT-HB 0: tidak lengkap, jika bayi tidak mendapatkan

Variabel Independen				imunisasi atau < 3 kali DPT-HB
Pengetahuan		Segala sesuatu yang diketahui oleh ibu tentang imunisasi DPT-HB	Kuesioner dengan 15 pertanyaan multiple choice	Ordinal 1: baik jika memperoleh nilai $\geq 50\%$ 0: kurang jika memperoleh jika nilai $< 50\%$ (Riyanto, 2013)
Sikap		Sikap adalah persepsi atau anggapan ibu terhadap imunisasi DPT	Kuesioner dengan 10 pernyataan	Ordinal 1: positif jika \geq nilai median (≥ 7) 0: negatif jika $<$ nilai median (< 7) (Hidayat, 2016)
Ketersediaan informasi	sumber	Informasi yang pernah didapatkan oleh ibu tentang imunisasi DPT-HB baik melalui tenaga kesehatan, media elekrtoni, media cetak ataupun sumber lainnya	Kuesioner dengan 3 pertanyaan	Ordinal 1: tersedia jika mendapatkan informasi dari salah satu atau lebih sumber informasi 0: tidak tersedia jika tidak pernah mendapatkan sama sekali informasi

I. Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian di olah sesuai dengan pengolahan masing-masing. Untuk pengetahuan pengolahan data dilakukan secara manual dengan rumus yang telah ditentukan.

Teknik pengolahan data merupakan proses yang sangat penting dalam penelitian. Oleh karena itu harus dilakukan dengan baik dan benar. Menurut Budiarto (2002), kegiatan dalam pengolahan data antara lain :

1. Pengolahan Data (*Editing*)

Setelah semua kuesioner diisi kemudian diperiksa untuk mengurangi kesalahan.

2. Pengkodean (*Coding*)

Memberikan kode pada setiap informasi yang telah terkumpul untuk setiap pertanyaan dalam kuesioner guna pengolahan data.

3. Memasukkan Data (*Entry*)

Setelah semua kuesioner diisi dengan benar maka data kemudian dimasukkan ke dalam master tabel.

4. Membersihkan (*Cleaning*)

Merupakan pengecekan kembali data yang terkumpul.

J. Rencana Analisa Data

Analisa data dilakukan untuk memudahkan interpretasi untuk menguji hipotesis penelitian, melalui:

1) Analisa *Univariat*.

Analisis *univariat* digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat (Sumantri, 2011). Analisa data dalam penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

- P : Presentase
F : Frekuensi tiap kategori
n : Jumlah sampel

2) Analisa Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan dan berkorelasi. Analisis ini digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan hubungan variabel bebas dan variabel terikat melalui uji statistik *Chi-Square* atau *Fisher Exact* pada penelitian ini menggunakan *Chi-Square* karena pada hasil penelitian ini menggunakan metode non parametrik yang digunakan untuk menguji 2 proporsi dengan tabel 2x2 (Sumantri, 2011).

Analisis dilakukan untuk mengetahui antara Variabel Independen (pengetahuan, sikap dan sumber informasi) dan Variabel Dependent (kelengkapan imunisasi DPT). Analisis statistik yang digunakan adalah *Chi-Square*.

Syarat-syarat uji *Chi-Square*.

- 1) Tidak ada sel dengan *expected frequency* < 1.
- 2) Banyak sel dengan *expected frequency* < 5 tidak lebih dari 20% dari banyak sel seluruhnya.

Bila syarat *Chi-Square* tidak terpenuhi baris/kolom sel di gabungkan, jika tetap tidak memenuhi syarat gunakan uji lainnya yaitu *Fisher Exact*.

Hasil analisa yang dinyatakan ada hubungan secara bermakna dengan cara membandingkan nilai *P value* dengan nilai *alpha* ($\alpha = 0,05$).

Analisa menggunakan sistem komputerisasi, dengan kriteria :

- a. Jika nilai *P Value* $< 0,05$ maka keputusan H_0 ditolak maka terdapat hubungan bermakna antara variable independen dan dependen.
- b. Jika nilai *P Value* $\geq 0,05$ maka keputusan H_0 gagal ditolak artinya maka tidak ada hubungan bermakna antara variabel independen dan dependen.