

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN  
PELAYANAN IMUNISASI BOOSTER PENTAVALEN PADA BAYI  
DIBAWAH DUA TAHUN (BADUTA) DI DESA KAWALUNGUK WILAYAH  
PUSKESMAS SUKARESMI KECAMATAN SUKARESMI KABUPATEN  
CIANJUR**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai

Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**DIETI NURHAYATI**

**NIM BK.216.003**



**PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT SEKOLAH TINGGI  
ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA**

**BANDUNG**

**2018**

### LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL :FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN IMUNISASI BOOSTER PENTAVALEN DI DESA KAWUNGLUWUK WILAYAH PUSKESMAS SUKARESMI KECAMATAN SUKARESMI KABUPATEN CIANJUR.

NAMA : DIETI NURHAYATI

NIM : BK. 2.16.003

Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Sidang Skripsi

Program Studi Kesehatan Masyarakat

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui:

Pembimbing I



Ade Saputra Nasution, S.KM.,M.Kes

Pembimbing II



Dr Ratna Dian K, M.Kes

Program Studi Kesehatan Masyarakat

Ketua



Ade Saputra Nasution, S.KM.,M.Kes.

### LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan

Dewan Penguji Sidang Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat

## PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya menyatakan :

Nama : Dieti Nurhayati

NIM : BK.2.16.003

Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat

Judul Karya Tulis Ilmiah : FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN IMUNISASI BOOSTER PENTAVALEN KEPADA BAYI DIBAWAH DUA TAHUN DI- DESA KAWUNGLUWUK WILAYAH PUSKESMAS SUKARESMI KECAMATAN SUKARESMI KABUPATEN CIANJUR.

Menyatakan :

1. Penelitian ini adalah asli dan belum pernah diajukan sebelumnya.
2. Penelitian ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk diajukan pada sidangskripsi.

Bandung, Agustus 2018



Dieti Nurhayati

## **ABSTRAK**

Imunisasi menjadi salah satu upaya untuk mencegah terjadinya penyakit menular yang merupakan salah satu kegiatan prioritas untuk mencapai *SDGS*. Cakupan imunisasi pentavalen di kabupaten Cianjur tahun 2016 sebesar 65,58%, tahun 2017 sebesar 63,49%, masih jauh dari target yang ditetapkan kemenkes RI yaitu sebesar 90%. Rendahnya pemanfaatan imunisasi Pentavalen di Puskesmas Sukaresmi pada tahun 2017 terutama di Desa Kawungluwuk dan Pakuon, dengan cakupan sebesar 36,59% dan 37,76% pada tahun 2017. Tujuan penelitian ini untuk melihat faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen di desa Kawungluwuk wilayah Puskesmas Sukaresmi Kabupaten Cianjur. Desain penelitian menggunakan deskriptif korelational. Pengambilan sampel dalam penelitian ini, menggunakan *Lamshow* dengan sampel 39 ibu baduta. Hasil penelitian menunjukkan 21 ibu bekerja dan 29 ibu memiliki pendidikan yang rendah, 37 ibu memiliki pengetahuan yang baik, 32 ibu baduta memiliki sikap yang tidak mendukung, dan 35 suami tidak mendukung kegiatan imunisasi *booster pentavalen*. Selain itu terdapat hubungan dari variabel sikap, dukungan suami, pekerjaan dan pendidikan dimana  $p\text{-value} \leq \alpha (0,05)$ , artinya masing-masing variabel memiliki hubungan signifikan dengan imunisasi pentavalen. Sedangkan pengetahuan, tidak memiliki hubungan signifikan, karena  $p\text{-Value} (0,331) > \alpha (0,05)$ . Berdasarkan hasil penelitian tersebut, perlu adanya pengembangan pendekatan kepada masyarakat dari berbagai sektor agar pemanfaatan pelayanan imunisasi dapat meningkat.

**Kata Kunci : Imunisasi, Booster Pentavalen**

**DaftarPustaka : 8 Buku, 10 Skripsi, 3 Jurnal, 8 DokumenPemerintah**

**(Tahun 2008-2018).**

**ABSTRACT**

*Immunization is one of the efforts to prevent the occurrence of infectious diseases which is one of the priority activities to achieve SDGS. The coverage of pentavalent immunization in Cianjur district in 2016 was 65.58%, in 2017 it was 63.49%, it was still far from the target set by the Ministry of Health of the Republic of Indonesia which was 90%. The low utilization of Pentavalen immunization in Sukaresmi Health Center in 2017, especially in Kawungluwuk and Pakuon Villages, with a coverage of 36.59% and 37.76% in 2017. The purpose of this study was to see the factors related to the utilization of pentavalent booster immunization services in Kawungluwuk village the area of the Sukaresmi Health Center in Cianjur Regency. The research design uses descriptive correlational. Sampling in this study, using Lameshow with a sample of 39 mothers of children under five. The results showed 21 working mothers and 29 mothers had low education. While 37 mothers have good knowledge. Then 32 mothers of toddlers had an unsupportive attitude, and 35 husbands did not support pentavalent booster immunization activities. In addition there is a relationship of attitude, husband, work and education variables where  $p$ -value  $\alpha$  (0.05), meaning that each variable has a significant relationship with pentavalent immunization. While knowledge, does not have a significant relationship, because  $p$ -Value (0.331)  $>$   $\alpha$  (0.05). Based on the results of the study, it is necessary to develop various sectors so that the utilization of immunization services can increase.*

**Keywords** : *Immunization, Pentavalent Booster*

**References** : *8 Books, 10 Essay, 3 Journals, 8 Government Documents*  
(2008-2018).

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkah, rahmat

dan karunia-Nya. Sholawat serta salam semoga tetap tercurahkan kepada Nabi kita Rasulullah SAW, kepada keluarganya, kepada sahabatnya dan kepada kita semua selaku umatnya. Amiin. Sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi penelitian ini, yang berjudul : **"FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN IMUNISASI BOOSTER PENTAVALEN KEPADA BAYI DIBAWAH DUA TAHUN DI DESA KAWUNGLUWUK WILAYAH PUSKESMAS SUKARESMI KECAMATAN SUKARESMI KABUPATEN CIANJUR"**.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis telah dibantu dan dibimbing oleh berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes sebagai Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. R. Siti Jundiah, M.Kep sebagai Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Ade Saputra Nasution, SKM., M.Kes sebagai Ketua Prodi Kesehatan Masyarakat sekaligus Pembimbing 1.
4. Dr. Ratna Dian K, M.Kes selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan ilmu yang begitu bermanfaat bagi penulis.
5. Bp Husni, M.Kes dan ibu Sri Lestari, M.Kes selaku penguji yang sudah memberi masukan kepada penulis dalam proses penyelesaian akhir Skripsi ini.
6. Teman-teman seperjuangan Program Study Kesehatan Masyarakat Angkatan tahun 2016 Ekstensi maupun Reguler yang sama-sama berjuang menyelesaikan perkuliahan hingga skripsi, lelah kita insya Allah terbayar.
7. Rekan-rekan Dinas Kesehatan Kabupaten Cianjur yang telah banyak memberikan

keleluasan waktu dan pemakluman selama penulis menyelesaikan Skripsi ini, terima kasih yang tidak terhingga.

8. Kepala Puskesmas dan seluruh karyawan Puskesmas Sukaresmi, semoga segala batuannya menjadi amal ibadah yang dibalas Allah dengan pahala yang berlipat.
9. Terkhusus untuk yang tercinta suami dan anak-anakku, semoga hak waktu kalian yang telah banyak tersita diganti Allah dengan kebahagiaan keluarga kita, aamiin allahumma aamiin.

Penulis mengetahui masih banyak kekurangan serta kesalahan sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun untuk memperbaiki Skripsi ini. Semoga proses dan hasil dari Skripsi ini dapat membawa manfaat bagi penulis khususnya dan bagi masyarakat pada umumnya.

Bandung, Agustus 2018

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>

<b>PERNYATAAN PENULIS .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian .....	5
1.4. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1. Imunsasi .....	8
2.1.2. Tujuan Imunisasi .....	9
2.1.3. Jenis Imunisasi.....	9
2.1.4. Manfaat Imunisasi .....	11
2.1.5. Imunisasi Lanjutan .....	12
2.1.6. PD3I.....	<b>13</b>
2.2. Strategi Pelaksanaan Imunisasi.....	17
2.3. Perilaku Ibu Terhadap Imunisasi Pentavalen.....	18
2.3.1. Faktor Predisposisi .....	19
2.3.2. Faktor Enabling .....	23
2.3.3. Faktor Reinforcing.....	24
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>27</b>
3.1. Rancangan penelitian .....	27
3.2. Paradigma Penelitian .....	27
3.3. Hipotesa Penelitian .....	30

3.4. Variabel Penelitian.....	32
3.5. Populasi dan Sampel .....	33
3.6. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	35
3.7. Definisi Konseptual dan Operasional .....	36
3.8. Pengumpulan Data.....	38
3.9. Pengolahan & Analisa Data.....	43
3.10. Etika Penelitian .....	47
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>49</b>
4.1. Hasil Penelitian .....	49
4.1.1. Gambaran Pengetahuan Ibu .....	49
4.1.2. Gambaran Sikap Ibu .....	50
4.1.3. Gambaran Dukungan Suami.....	50
4.1.4. Gambaran Pekerjaan .....	51
4.1.5. Gambaran Pendidikan.....	51
4.1.6. Gambaran Pemanfaatan Imunisasi.....	52
4.1.7. Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Imunisasi Pentavalen .....	52
4.1.8. Hubungan Sikap Ibu dengan Imunisasi Pentavalen.....	53
4.1.9. Hubungan Dukungan Suami dengan Imunisasi Pentavalen .....	53
4.1.10. Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Imunisasi Pentavalen .....	54
4.1.11. Hubungan Pendidikan Ibu dengan Imunisasi Pentavalen.....	55
<b>4.2. Pembahasan.....</b>	<b>55</b>
4.2.1. Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi Pentavalen .....	55
4.2.2. Sikap Ibu tentang Imunisasi Pentavalen.....	56
4.2.3. Dukungan Suami tentang Imunisasi Pentavalen .....	58
4.2.4. Pendidikan Ibu Baduta .....	59
4.2.5. Pekerjaan Ibu Baduta.....	60
4.2.6. Pemanfaatan Imunisasi pentavalen.....	61
4.2.7. Hubungan Pengetahuan Ibu dengan Imunisasi Pentavalen .....	62

4.2.8. Hubungan Sikap Ibu dengan Imunisasi Pentavalen .....	63
4.2.9. Hubungan Dukungan Suami dengan Imunisasi Pentavalen.....	65
4.2.10. Hubungan Pekerjaan Ibu dengan Imunisasi Pentavalen.....	65
4.2.11. Hubungan Pendidikan Ibu tentang Imunisasi Pentavalen .....	66
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>68</b>
5.1. Kesimpulan.....	68
5.2. Saran .....	69

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Pada Bayi.....	11
Tabel 3.1. Jumlah Sampel di Desa Kawungluwuk Sukaresmi.....	34

Tabel 3.2. Definisi Operasional.....	37
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Pengetahuan .....	49
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Sikap.....	49
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Dukungan Suami .....	50
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Pekerjaan .....	51
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Pendidikan.....	51
Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Status Imunisasi Booster Pentavalen.....	52
Tabel 4.6. Hubungan Pengetahuan dengan Imunisasi Booster Pentavalen .....	52
Tabel 4.7. Hubungan Sikap dengan dengan Imunisasi Booster Pentavalen.....	53
Tabel 4.8. Hubungan Dukungan suami dengan dengan Booster Pentavalen .....	53
Tabel 4.9. Hubungan Pekerjaan dengan Imunisasi Booster Pentavalen.....	54
Tabel. 4.10. Hubungan Pendidikan dengan Imunisasi Booster Pentavalen.....	55

## DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	29
--	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Permohonan Izin Studi Pendahuluan

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian

Lampiran 3 Surat Balasan Izin Penelitian  
Lampiran 4 Kisi-kisi Kuesioner  
Lampiran 5 Lembar Persetujuan Responden  
Lampiran 6 Identitas Responden  
Lampiran 7 Kusioner  
Lampiran 8 Kunci Jawaban Kuesioner Pengetahuan  
Lampiran 9 Hasil Validitas Data  
Lampiran 10 Uji Normalitas Data  
Lampiran 11 Hasil Uji Univariat  
Lampiran 12 Hasil Uji Bivariat  
Lampiran 13 Tabulasi Data  
Lampiran 14 Master Tabel  
Lampiran 15 Foto Pelaksanaan  
Lampiran 16 Lembar Bimbingan  
Lampiran 17 Curriculum Vitae

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, imunisasi merupakan salah satu upaya untuk mencegah terjadinya penyakit menular yang merupakan salah satu kegiatan prioritas Kementerian Kesehatan sebagai salah satu bentuk nyata komitmen pemerintah untuk mencapai *Sustainable Development Goals (SDGs)*[1].

Salah satu tujuan dicapainya *Sustainable Development Goals (SDGs)* 2030 adalah penurunan angka kematian anak. Angka kematian bayi dan anak mencerminkan tingkat pembangunan kesehatan dari suatu negara serta kualitas hidup dari masyarakatnya. Angka ini digunakan untuk memonitor dan mengevaluasi program serta kebijakan kependudukan dan kesehatan. Program kesehatan Indonesia telah difokuskan untuk menurunkan tingkat kematian anak yang cukup tinggi[1].

Penyebab tersering kematian anak usia 0 – 59 bulan adalah diare, pneumonia, meningitis/ensefalitis dan necroticans entero colitis (NEC). Ini membuktikan bahwa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi masih menjadi sebab kematian tertinggi pada bayi dan anak[2].

Diperkirakan 1,7 juta kematian anak atau 5% pada baduta di Indonesia adalah akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Agar target nasional dan global untuk mencapai reduksi, eliminasi dan eradikasi terhadap PD3I dapat dicapai, cakupan imunisasi harus dipertahankan tinggi dan merata sampai mencapai tingkat *Population Immunity* (kekebalan masyarakat) yang tinggi baik imunisasi dasar maupun imunisasi lanjutan (booster)[3].

Imunisasi booster pentavalen (DPT-HB-Hib) diberikan kepada baduta usia 18 – 24 bulan dan merupakan imunisasi pentavalen keempat yang didapatkan seorang anak yang akan melindungi dari penyakit difteri, pertussis, tetanus,

hepatitis B dan meningitis. Hasil penelitian Kimura et al, 1991 menunjukkan tingkat perlindungan minimal yang harus dicapai adalah titer antibody sebesar 0,1 IU/mL. Saat bayi berusia 0 – 11 bulan sudah mendapatkan 3 kali imunisasi pentavalen dengan kekebalan mencapai 1,5 – 1,7 IU/mL, namun antibody yang terbentuk hanya bersifat sementara dan akan menurun secara drastis hingga 50% pada usia 15 – 18 bulan, karena itu dibutuhkan booster atau pemberian pentavalen yang keempat. Setelah booster diberikan akan didapatkan antibody sebesar 6,7 – 10,3 IU/mL sehingga anak akan terlindung kembali[4].

Salah satu penyakit yang jika anak tidak mendapat imunisasi booster pentavalen adalah difteri. Angka penyakit difteri di Kabupaten Cianjur yang menyerang anak diatas usia 18 bulan dengan status tidak diimunisasi booster pentavalen pada tahun 2015 sebanyak 5 orang, pada tahun 2016 sebanyak 2 orang dan tahun 2017 sebanyak 23 orang, padahal jika ditemukan satu saja kasus difteri di suatu daerah sudah dapat dikatakan KLB (Kejadian Luar Biasa) (Dinkes Kab Cianjur, 2017). Oleh karena itu sangat diperlukan sekali imunisasi booster pentavalen yang salah satu manfaatnya adalah melindungi anak dari penyakit difteri[5].

Beberapa alasan kenapa anak-anak tidak diimunisasi secara lengkap adalah masyarakat yang tidak mendukung walaupun orangtua percaya terhadap manfaat imunisasi dan orangtua mendapat informasi yang salah tetapi dianggap benar, misalnya tentang efek simpang imunisasi[2].

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis,

membaca dan sebagainya. Dengan kata lain perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar[6].

Berdasarkan faktor yang mempengaruhi perilaku, menurut Lawrence Green (1980) perilaku ditentukan oleh tiga faktor, yaitu faktor pendorong (*Predisposisi Factor*), faktor Pendukung (*Enabling factor*) dan faktor Penguat (*Reinforcing factor*)[6].

Dalam Jurnal Kesehatan Masyarakat hasil penelitian Munawaroh et al bahwa variable yang berhubungan dengan imunisasi booster pentavalen adalah pengetahuan ibu, sikap ibu, dukungan keluarga dan dukungan tenaga kesehatan. Sementara variable yang tidak berhubungan dengan praktik imunisasi booster pentavalen adalah umur, pekerjaan, tingkat pendidikan, keterjangkauan fasilitas layanan dan dukungan kader[7].

Cakupan imunisasi booster pentavalen di kabupaten Cianjur tahun 2016 sebesar 65,58% dan tahun 2017 sebesar 63,49%, masih jauh dari target yang ditetapkan kementerian kesehatan RI yaitu sebesar 90%[5].

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan pada tanggal 12 Maret di Desa Kawungluwuk wilayah kerja Puskesmas Sukaresmi didapat data cakupan booster pentavalen di desa Kawungluwuk wilayah puskesmas Sukaresmi pada tahun 2015 sebesar 22%, tahun 2016 sebesar 35,20% dan pada tahun 2017 sebesar 48,67%. Menurut pihak puskesmas Sukaresmi sosialisasi dan penyuluhan sudah dilakukan sejak program booster pentavalen diluncurkan tahun 2013, hanya tidak ada dokumentasi yang menguatkan pernyataan tersebut. Penyuluhan kesehatan rutin kepada masyarakat selalu dilakukan pada kegiatan-kegiatan desa baik di acara pengajian ataupun acara rakor desa, tetapi

materi yang disampaikan adalah materi kesehatan secara menyeluruh sehingga materi imunisasi yang diterima kadang difahami hanya sebagian saja.

Berdasarkan data tersebut di atas maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Imunisasi Booster Pentavalen Kepada Bayi Dibawah Dua Tahun di Desa Kawungluwuk Wilayah Puskesmas Sukaresmi Kec Sukaresmi Kab Cianjur”.

## **B. Perumusan Masalah**

Rendahnya pemanfaatan imunisasi Booster Pentavalen di Puskesmas Sukaresmi pada tahun 2017 yaitu terutama di Desa Kawungluwuk dan Pakuon, dimana cakupan yaitu sebesar 36,59% dan 37,76% pada tahun 2017 (Dinkes Kab Cianjur, 2017). Berdasarkan hal tersebut, maka dibutuhkan suatu penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi pemanfaatan imunisasi booster pentavalen di desa Kawungluwuk wilayah Puskesmas Sukaesmi Kab Cianjur. Sehingga permasalahan yang dirumuskan adalah “faktor apa sajakah yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen Pada Bayi Dibawah Dua Tahun di Desa Kawungluwuk wilayah kerja puskesmas Sukaresmi Kab Cianjur tahun 2017”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan imunisasi booster usia 18-24 bulan di desa

## Kawungluwuk wilayah Puskesmas Sukaresmi tahun 2017

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dukungan suami, pendidikan, pekerjaan, dan pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pada baduta usia 18-24 bulan di desa Kawungluwuk wilayah kerja Puskesmas Sukaresmi tahun 2017.
- b. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen di desa Kawungluwuk wilayah kerja Puskesmas Sukaresmi tahun 2017.
- c. Untuk mengetahui hubungan sikap dengan pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen di desa Kawungluwuk wilayah kerja Puskesmas Sukaresmi tahun 2017.
- d. Untuk mengetahui hubungan dukungan suami dengan pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen di desa Kawungluwuk wilayah kerja Puskesmas Sukaresmi tahun 2017.
- e. Untuk mengetahui hubungan pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen di desa Kawungluwuk wilayah kerja Puskesmas Sukaresmi tahun 2017.
- f. Untuk mengetahui hubungan pendidikan dengan pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen di desa Kawungluwuk wilayah kerja Puskesmas Sukaresmi tahun 2017.

### **D. Manfaat Penelitian**

## 1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar dan sumber informasi yang bermanfaat, sehingga dapat menjadi masukan untuk meningkatkan cakupan imunisasi booster pentavalen pada baduta.

## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi Peneliti

Meningkatkan kemampuan dan wawasan peneliti tentang cara-cara meningkatkan cakupan imunisasi dan analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen pada baduta, mengenali berbagai permasalahan yang berhubungan dengan kesehatan di masyarakat serta dapat mengaplikasikan ilmu yang didapat di bangku kuliah.

### b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan untuk institusi pendidikan dan kegiatan penelitian selanjutnya dalam pengembangan ilmu Kesehatan Masyarakat, mengenai analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen pada baduta di wilayah kerja Puskesmas Sukaresmi.

### c. Bagi Dinas Kesehatan Kab Cianjur

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat menjadi sumber informasi terbaru dan sebagai bahan masukan bagi pihak Puskesmas Sukaresmi dan Dinas Kesehatan Kab Cianjur agar dapat membuat perencanaan program imunisasi yang akurat untuk dapat lebih meningkatkan cakupan imunisasi

booster pentavalen.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Imunisasi**

##### **2.1.1 Pengertian Imunisasi**

Imunisasi berasal dari kata *imun*, kebal atau *resisten*. Jadi imunisasi adalah suatu upaya untuk mendapatkan kekebalan terhadap suatu penyakit dengan cara memasukkan kuman atau produk kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan atau disebut juga dengan vaksin ke dalam tubuh seseorang. Dengan memasukkan kuman atau bibit penyakit yang telah dilemahkan tersebut diharapkan tubuh dapat menghasilkan zat anti yang pada saatnya nanti digunakan tubuh untuk melawan kuman atau bibit penyakit yang menyerang tubuh[4].

Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang perlindungan. Imunisasi lanjutan adalah imunisasi ulang untuk mempertahankan tingkat kekebalan di atas ambang perlindungan atau untuk memperpanjang masa perlindungan.

**2.1.2** Imunisasi lengkap yaitu 1 dosis vaksin HB Uniject sebelum bayi berusia 24 jam, 1 (satu) dosis vaksin BCG, 3 (tiga) dosis vaksin DPT-HB-HiB, 4

(Empat) dosis vaksin Polio, 1 dosis IPV (Inactivated Polio Vaksin), 1 (satu) dosis vaksin MR (Measles Rubella) dan 1 (satu), kemudian usia 18 – 24 bulan bayi mendapatkan booster MR dan booster DPT-HB-HiB[8].

### **Imunisasi**

Tujuan imunisasi adalah untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, dan menghilangkan penyakit tersebut pada sekelompok masyarakat (populasi). Dengan perlindungan imunisasi lengkap, anak bisa tetap sehat dan berkembang sesuai dengan potensinya[9].

Menurut Kemenkes RI (tahun 2017), tujuan umum program imunisasi adalah untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) dan tujuan khususnya adalah Tercapainya cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) pada bayi sesuai target RPJMN, tercapainya target imunisasi lanjutan pada anak umur dibawah dua tahun (BADUTA) dan pada anak usia sekolah dasar serta wanita usia subur (WUS), tercapainya reduksi, eliminasi dan eradikasi penyakit PD3I, tercapainya perlindungan optimal kepada masyarakat yang akan bepergian ke daerah endemis penyakit tertentu dan terselenggaranya imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (*safety injection practice dan waste disposal management*)[8].

#### **2.1.3 Jenis-jenis Imunisasi**

Program Imunisasi Dasar di Indonesia mewajibkan setiap bayi usia 0 sampai dengan 11 bulan mendapatkan 1 kali imunisasi Hepatitis B Uniject, 3 kali imunisasi DPT-HB-HiB, 4 kali imunisasi polio oral (OPV), 1 kali imunisasi polio injek (IPV) dan 1 kali imunisasi MR (Measles Rubella) ditambah imunisasi lanjutan pada usia 18 – 24 bulan yaitu booster DPT-HB-Hib dan MR.

a. Hepatitis B Uniject

Hepatitis B paling optimal diberikan pada bayi <24 jam pasca persalinan, dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya, khusus daerah dengan akses sulit, pemberian Hepatitis masih diperkenankan sampai <7 hari.

b. BCG (*Bacillus Calmette Guerine*)

Pemberian imunisasi sebanyak 1 kali. Jadwal pemberian pada usia 0-2 bulan. BCG dapat diberikan sampai usia <1 tahun tanpa perlu melakukan tes mantoux.

c. DPT / HB / HiB

Imunisasi ini diberikan sebanyak 3 dosis. Rentan pemberian 2-11 bulan, dengan dosis pertama pada usia 2 bulan, dosis selanjutnya diberikan dengan interval 4 minggu. Bayi yang sudah mendapatkan 3 kali imunisasi DPT-HB-HiB maka dinyatakan mempunyai status Imunisasi T2. Pada saat bayi berusia 18 – 24 bulan dia harus mendapatkan DPT-HB-Hib dosis keempat sebagai booster atau tambahan dan status Imunisasi berubah menjadi T3.

d. Polio

Imunisasi ini diberikan sebanyak 4 dosis. Diberikan dalam rentang 0-11 bulan, dan diberikan dengan interval 4 minggu.

e. IPV

IPV adalah Inactivated Polio Vaksin yaitu vaksin polio injek yang berasal dari virus polio yang dimatikan. Imunisasi ini mulai diberikan secara nasional sejak tahun 2016.

f. MR (Measles Rubella)

Imunisasi ini diberikan sebanyak 2 kali, pemberian dilakukan dalam rentang usia 9-11 bulan dan pada saat usia 18 – 24 bulan.

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi pada Bayi

UMUR	VAKSIN
0 Bulan (24 jam)	Hepatitis B 0
1 Bulan	BCG, Polio 1
2 Bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
3 Bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3
4 Bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV
9 Bulan	MR
18-24 Bulan	DPT-HB-Hib, MR

*Sumber : Kemenkes RI, 2017*

#### 2.1.4 Manfaat Imunisasi

Dengan imunisasi maka akan merangsang kekebalan spesifik tubuh bayi dan anak terhadap kuman dan virus tertentu sesuai dengan jenis vaksinnya,

sehingga tubuhnya akan mampu melawan kuman dan virus tersebut. Bayi dan anak yang telah diimunisasi lebih kecil kemungkinan sakit karena kuman dan virus tersebut, sehingga akan terhindar dari sakit berat, cacat, atau meninggal akibat Penyakit-Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi / PD3I[10].

### **2.1.5 Imunisasi Lanjutan DPT-HB-Hib**

Imunisasi lanjutan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menjamin terjaganya tingkat imunitas pada anak baduta, anak usia sekolah, dan Wanita Usia Subur (WUS) termasuk ibu hamil.

Vaksin DPT-HB-Hib terbukti aman dan memiliki efikasi yang tinggi, tingkat kekebalan yang protektif akan terbentuk pada bayi yang sudah mendapatkan tiga dosis imunisasi DPT-Hb-Hib. Walau vaksin sangat efektif melindungi kematian dari penyakit difteri, secara keseluruhan efektivitas melindungi gejala penyakit hanya berkisar 70-90%.

Hasil penelitian (Kimura et al, 1991) menunjukkan bahwa titer antibody yang terbentuk setelah dosis pertama  $<0,01$  IU/mL dan setelah dosis kedua berkisar 0,05-0,08 IU/mL dan setelah dosis ketiga menjadi 1,5-1,7 IU/mL dan menurun pada usia 15-18 bulan menjadi 0,02 IU/mL sehingga dibutuhkan booster dengan penyuntikan DPT-HB-Hib yang keempat[2].

Hasil serologi yang didapat pada anak yang diberikan DPT-HB-Hib pada usia 18-24 bulan berdasarkan penelitian di Jakarta dan Bandung (Rusmil et al, 2014) diketahui Anti D 99,7%, Anti T 100%, HbSAg 99,5%. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa imunisasi DPT harus diberikan 3 kali dan tambahan pada usia 15-18 bulan untuk meningkatkan titer antibodi pada anak-anak, karena jika anak

hanya mendapat imunisasi pentavalen 3 kali diusia bayi dan tidak mendapat imunisasi booster pentavalen diusia baduta maka kemungkinan terkena penyakit difteri masih bisa terjadi. Oleh sebab itu setiap anak harus mendapatkan imunisasi *booster pentavalen* diusia 18 – 24 bulan meskipun saat bayi dia tidak mendapatkan imunisasi pentavalen dan tetap menjadi sasaran booster.

### **2.1.6 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, Measles Rubella dan Hepatitis B[8].

#### **a. 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 pada anak adalah Tuberculosis Milier (Penyakit paru berat) yang menyebar ke seluruh tubuh dan *Meningitis Tuberculosis* yang menyerang otak, yang keduanya bias menyebabkan kematian pada anak.

*Tuberculosis Milier* dapat mengenai anak, terbanyak pada usia 1-6 bulan. Tidak ada perbedaan antara lelaki dan perempuan. Gejala an tanda tersering pada bayi adalah demam, berat badan turun atau tetap, anorexia, pembesaran kelenjar getah bening, dan hepatosplenomegali. 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 lebih dari 250.000 anak menderita TB dan 100.000 diantaranya meninggal dunia. 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[4].

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

b. Difteri

Difteri adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium Diphtheriae*. Penyebarannya adalah melalui kontak fisik dan pernafasan. Gejala awal penyakit adalah radang tenggorokan, hilang nafsu makan dan demam ringan. Dalam 2-3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil. Difteri dapat menimbulkan komplikasi berupa gangguan pernafasan yang berakibat kematian.

c. Pertusis

Disebut juga batuk rejan atau batuk 100 hari adalah penyakit pada saluran pernafasan yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella Pertussis*. Penyebaran pertusis adalah melalui percikan ludah (droplet infection) yang keluar dari batuk atau bersin. Gejala penyakit adalah pilek, mata merah, bersin, demam, dan batuk ringan yang lama-kelamaan batuk

menjadi parah dan menimbulkan batuk menggigil yang cepat dan keras. Komplikasi pertusis adalah *pneumonia bacterialis* yang dapat menyebabkan kematian.

d. Tetanus

Adalah penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang menghasilkan neurotoksin. Penyakit ini tidak menyebar dari orang ke orang, tetapi dari kotoran yang masuk ke dalam luka yang dalam. Gejala awal penyakit ini adalah kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam. Pada bayi terdapat juga gejala berhenti menetek (*sucking*) antara 3 sampai dengan 28 hari setelah lahir. Gejala berikutnya adalah kejang yang hebat dan tubuh menjadi kaku. Komplikasi tetanus adalah patah tulang akibat kejang, pneumonia dan infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian.

e. Poliomielitis

Adalah penyakit pada susunan syaraf pusat yang disebabkan oleh satu dari tiga virus yang berhubungan, yaitu virus polio tipe 1,2 atau 3. Secara klinis penyakit polio adalah anak dibawah umur 15 tahun yang menderita lumpuh layu akut (*acute flaccid paralysis = AFP*).

Penyebaran penyakit adalah melalui kotoran manusia (tinja) yang terkontaminasi. Kelumpuhan dimulai dengan gejala demam, nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama sakit. Kematian bias terjadi karena kelumpuhan otot-otot pernafasan terinfeksi dan tidak segera ditangani.

f. Campak Rubella

Campak adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *myxovirus viridae Measles*. Disebarkan melalui udara (percikan ludah) sewaktu bersin atau batuk dari penderita. Gejala awal penyakit adalah demam, bercak kemerahan, batuk, pilek, konjungtivitis (mata merah). Selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian menyebar ke tubuh dan tangan serta kaki. Komplikasi campak adalah diare hebat, peradangan pada telinga dan infeksi saluran napas (pneumonia).

Rubella adalah penyakit infeksi virus akut, sangat menular yang biasanya berupa penyakit ringan pada anak yang disebabkan oleh virus rubella. Gejalanya hampir sama dengan penyakit campak tetapi lebih ringan. Komplikasi berat terjadi jika menulari ibu hamil pada awal kehamilan maka dapat menyebabkan keguguran atau bayi yang dilahirkan menderita kecacatan atau yang biasa dikenal dengan CRS (*Congenital Rubella Syndrom*).

g. Hepatitis B

Hepatitis B (penyakit kuning) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati. Penularan penyakit adalah secara horizontal yaitu dari darah dan produknya melalui suntikan yang tidak aman melalui transfusi darah dan melalui hubungan seksual. Sedangkan penularan secara vertical yaitu dari ibu ke bayi selama proses persalinan, infeksi pada anak biasanya tidak menimbulkan gejala. Gejala yang ada adalah merasa lemah, gangguan perut dan gejala lain seperti flu. Urin menjadi kuning, kotoran menjadi pucat. Warna kuning bisa terlihat pula pada mata ataupun kulit. Penyakit ini bias menjadi kronis dan menimbulkan pengerasan hati (*Cirrhosis Hepatis*), kanker hati (*Hepato Cellular Carsinoma*) dan

menimbulkan kematian.

## 2.2 Strategi Pelaksanaan Imunisasi

1. Peningkatan cakupan imunisasi program yang tinggi dan merata melalui:
  - a. Penguatan PWS dengan memetakan wilayah berdasarkan cakupan dan analisa masalah untuk menyusun kegiatan dalam rangka mengatasi permasalahan setempat.
  - b. Menyiapkan sumber daya yang dibutuhkan termasuk tenaga yang terampil, logistic (vaksin, alat suntik, *safety box* dan *coldchain* terstandar), biaya dan sarana pelayanan.
  - c. Terjaganya kualitas dan mutu pelayanan
  - d. Pemberdayaan masyarakat melalui TOGA, TOMA, aparat desa dan kader sehingga masyarakat mau dan mampu menjangkau pelayanan imunisasi.
  - e. Pemerataan jangkauan terhadap semua desa/kelurahan yang sulit atau tidak terjangkau pelayanan.
  - f. Peningkatan dan pemerataan jangkauan pelayanan, baik yang stasioner maupun yang menjangkau masyarakat di daerah sulit.
  - g. Pelacakan sasaran yang belum atau tidak lengkap mendapatkan pelayanan imunisasi (*Defaulter Tracking*) diikuti dengan upaya *Drop Out Follow Up* (DOFU) dan *sweeping*.
2. Membangun kemitraan dengan lintas sector, lintas program, organisasi profesi, kemasyarakatan dan keagamaan dalam meningkatkan kuantitas serta kualitas pelayanan imunisasi.

3. Melakukan advokasi, sosialisasidan pembinaan secara terus menerus.
4. Menjaga kesinambungan program, baik perencanaan maupun anggaran (APBN, APBD, LSM, dan masyarakat).
5. Memberikan perhatian khusus untuk wilayah rawan social dan rawan penyakit (KLB).
6. Melaksanakan kesepakatan global: Eradikasi Polio, Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal, Eliminasi Campak dan Rubella.

### **2.3 Perilaku Ibu Yang Berhubungan Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Imunisasi Booster Pentavalen**

Menurut Notoatmodjo, 2003 dalam Achmadi, 2013 mengatakan perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dengan kata lain perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar [11].

Berdasarkan factor yang mempengaruhi perilaku, menurut Lawrence Green (1980) perilaku ditentukan oleh tiga faktor, yaitu faktor pendorong (*Predisposisi Factor*), faktor Pendukung (*Enabling factor*) dan faktor Penguat (*Reinforcing factor*)[6].

#### **2.3.1 Faktor Predisposisi (Faktor pendorong)**

Beberapa faktor pendorong yang berhubungan dengan perilaku ibu terhadap pemanfaatan pelayanan imunisasi booster pentavalen adalah pengetahuan ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, sikap ibu, jarak rumah dengan tempat pelayanan imunisasi, biaya yang harus dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan imunisasi,

### **2.3.1.1 Pengetahuan ibu**

Pengetahuan merupakan hasil tahu seseorang yang didapatkan dari hasil penginderaan orang tersebut terhadap suatu objek melalui indera yang ia miliki. Penginderaan yang dimiliki manusia berupa indera penglihatan, penciuman, pengecapan, pendengaran, rasa dan rabaan. Penginderaan yang paling banyak berperan dalam proses pengetahuan adalah penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*)[6].

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan[6]. Ada enam tingkatan domain pengetahuan, yaitu:

1. Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
2. Memahami (*comprehension*), suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.
4. Analisis, adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan kaitannya dengan orang lain.
5. Sistesis, menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan baru.
6. Evaluasi, berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi/objek.

#### **2.3.1.2 Pendidikan ibu**

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Selanjutnya pendidikan kesehatan menurut Notoatmodjo 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[6].

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 masalah-masalah kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian Sugiri, menyebutkan bahwa proporsi responden yang berpendidikan rendah tidak mengimunitasikan anaknya

lebih besar dibandingkan dengan proporsi responden yang berpendidikan tinggi, sedangkan terbukti ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pelaksanaan imunisasi berarti responden yang memiliki pendidikan tidak tamat SD/ sederajat mempunyai resiko untuk tidak mengimunisasikan anaknya 2,01 kali lebih besar dari responden dengan pendidikan tamat SMA[12].

### **2.3.1.3 Pekerjaan ibu**

Menurut Green dalam Notoatmodjo, pekerjaan merupakan faktor predisposisi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Status dan jenis pekerjaan ibu member pengaruh terhadap status imunisasi. Ibu-ibu yang bekerja di luar rumah, sering kali memberikan imunisasi pada anaknya dibandingkan dengan ibu-ibu yang tidak bekerja[6].

### **2.3.1.4 Sikap ibu**

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktifitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku[6].

Sikap belum merupakan tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi suatu tindakan. Sikap dibagi menjadi beberapa tingkatan.

- 1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah – ceramah tentang gizi.

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung Jawab (*responsible*)

Bertanggung Jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

### **2.3.2 Faktor Enabling (Faktor Pendorong)**

Faktor pendorong adalah faktor yang mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya, dimana keterampilan dan sumber daya tersebut merupakan poin penting yang diperlukan untuk melakukan perubahan perilaku kesehatan. Faktor-faktor tersebut diantaranya jarak dari

rumah menuju fasilitas kesehatan yang melayani imunisasi dan biaya yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan imunisasi.

### **2.3.2.1 Jarak**

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

Berdasarkan penelitian Sugiri, 2011 menyatakan bahwa katagori responden yang menyatakan jarak dari rumah ke tempat pelayanan imunisasi jauh dan dekat, menunjukkan bahwa proporsi responden yang menyatakan jaraknya jauh dari rumah ke tempat pelayanan imunisasi cenderung untuk tidak melaksanakan imunisasi lebih kecil dibandingkan dengan responden yang menyatakan jaraknya dekat dari rumah ke tempat pelayanan imunisasi.

### **2.3.2.2 Biaya Pelayanan**

Biaya pelayanan merupakan ongkos yang dikeluarkan oleh pengguna pelayanan kesehatan mencakup biaya perjalanan dan pelayanan itu sendiri.

Pengaruh biaya terhadap permintaan pelayanan tidak seragam, ada yang tidak terpengaruh, menurun dan bahkan meningkat. Analisis terbaru menunjukkan bahwa biaya lebih cenderung menghambat daripada meningkatkan pemanfaatan pelayanan oleh orang-orang miskin.

Berdasarkan hasil penelitian Sugiri, 2011 menyatakan bahwa biaya imunisasi mahal yang tidak mengimunitasikan anaknya lebih kecil

dibandingkan dengan proporsi responden yang menyatakan biaya imunisasi murah. Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara biaya dengan pelayanan imunisasi ( $p=0,003$ ), berarti resiko responden yang menyatakan biaya mahal adalah 0,31 kali mengimunisasikan anaknya dibandingkan dengan responden yang menyatakan biaya murah.

### **2.3.3 Faktor Reinforcing (Faktor Penguat)**

Faktor penguat adalah factor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku, misalnya dukungan keluarga/suami, dukungan petugas kesehatan

#### **2.3.3.1 Dukungan Keluarga / suami.**

Peranan keluarga / suami sangat besar bagi ibu dalam mendukung perilaku atau tindakan ibu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Meskipun perilaku individu adalah pilihan pribadi, ada banyak pengaruh luar yang dapat mempengaruhi pilihan ini. Terutama mereka yang paling dekat dengan individu (pasangan, anggota keluarga dan teman-teman) memiliki kekuatan besar untuk mendukung atau mencegah perilaku yang dipilih [13]. Suami sebagai orang terdekat di lingkungan keluarga ibu berharap agar bayinya sehat. Dalam struktur masyarakat Indonesia yang paternalistic, peranan suami atau orang tua, keluarga dekat dari si ibu sangat menentukan dalam pemilihan tempat pelayanan kesehatan. Green (1980) menyebutkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu elemen penguat (*reinforcing*) dalam penentuan perilaku seseorang dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan [6].

### **2.3.3.2 Dukungan Petugas Kesehatan**

Petugas 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 uaya kesehatan (UU RI No 36, 2009).

Dukungan petugas kesehatan merupakan dukungan social dalam bentuk dukungan informative, dimana perasaan subyek bahwa lingkungan (petugas kesehatan) memberikan keterangan yang cukup jelas mengenai hal-hal yang diketahui. Petugas kesehatan mempunyai peranan sangat penting dalam memberikan pedoman yang berhubungan dengan pemanfaatan imunisasi sesuai dengan jadwal imunisasi serta manfaatnya serta kerugian jika tidak mendapatkan imunisasi.

### **2.3.3.3 Dukungan Tokoh Masyarakat**

Tokoh masyarakat mempunyai peranan yang sangat penting terhadap perilaku masyarakat khususnya pemanfaatan pelayanan imunisasi. Pemahaman tokoh masyarakat terhadap imunisasi sangat diperlukan agar dapat mempengaruhi masyarakat agar mau mengimunisasi anaknya.