

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Imunisasi

2.1.1 Pengertian Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata imun yang berarti kebal atau resisten. Imunisasi merupakan cara untuk membentuk atau meningkatkan sistem kekebalan dalam tubuh seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga suatu saat apabila terpajan penyakit tidak akan mengalami sakit atau hanya sakit ringan (Kemenkes RI, 2017).

Imunisasi adalah pemberian kekebalan tubuh dengan memasukkan vaksin yakni virus atau bakteri yang sudah dilemahkan, dibunuh, atau bagian-bagian dari bakteri (virus) tersebut telah dimodifikasi kedalam tubuh agar tubuh membuat zat anti bodi untu mencegah terhadap penyakit tertentu. Imunisasi terhadap suatu penyakit hanya akan memberikan kekebalan atau resistensi pada penyakit tertrentu saja, sehingga untuk terhindar dari penyakit lain diperlukan imunisasi lainnya (Mastiningsih, 2018).

Sistem kekebalan adalah suatu sistem kompleks berupa interaksi sel yang bertujuan untuk mengenali adanya antigen. Antigen yang dimaksud dapat berupa virus atau bakteri yang hidup atau yang sudah diinaktifkan. Kekebalan terbagi dalam dua jenis yaitu kekebalan aktif

dan kekebalan pasif. Kekebalan aktif yaitu perlindungan yang dihasilkan oleh sistem kekebalan seseorang sendiri dan menetap seumur hidup sedangkan kekebalan pasif diperoleh dari luar tubuh bukan dibuat oleh tubuh itu sendiri. Kekebalan aktif dapat diperoleh dari pemberian vaksinasi (Kemenkes RI, 2014).

Pencegahan/ perlindungan terhadap penyakit infeksi dihubungkan dengan suatu kekebalan, yaitu kekebalan aktif dan kekebalan pasif. Kekebalan aktif adalah perlindungan yang dihasilkan oleh sistem kekebalan seorang sendiri. Jenis kekebalan ini biasanya menetap seumur hidup. Kekebalan pasif adalah perlindungan yang diberikan oleh zat-zat yang dihasilkan oleh hewan atau manusia yang diberikan kepada orang lain, biasanya melalui suntikan. Kekebalan pasif sering memberikan perlindungan yang efektif, tetapi perlindungan ini akan menurun setelah beberapa minggu atau bulan (Mastiningsih, 2018).

2.1.2 Jenis Imunisasi

Menurut penyelenggaraannya, imunisasi dikategorikan menjadi:

1. Imunisasi Program / Wajib
 - a. Imunisasi rutin
 - a) Imunisasi dasar
 - b) Imunisasi lanjutan
 - b. Imunisasi tambahan

c. Imunisasi khusus

2. Imunisasi Pilihan.

a. Pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh pneumokokus

b. Diare yang disebabkan oleh *rotavirus*

c. Influenza

d. Cacar air (*varicella*)

e. Gondongan (*mumps*)

f. Campak jerman (*rubella*)

g. Demam tifoid

h. Hepatitis A

i. Kanker leher rahim yang disebabkan oleh *Human Papillomavirus*

j. *Japanese Encephalitis*

k. Herpes zoster

l. Hepatitis B pada dewasa

m. Demam berdarah

(Kemenkes RI, 2017).

2.1.3 Imunisasi Lanjutan

Berdasarkan pasal 7 ayat 1 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, imunisasi lanjutan adalah ulangan imunisasi dasar untuk memperpanjang masa perlindungan atau

mempertahankan tingkat kekebalan anak yang sudah mendapatkan imunisasi dasar. Sasaran imunisasi lanjutan diberikan pada anak usia dibawah dua tahun, anak usia sekolah dasar, dan Wanita Usia Subur (WUS). Imunisasi lanjutan yang diberikan untuk anak usia dibawah dua tahun yaitu difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, pneumonia, meningitis dan campak. Imunisasi lanjutan untuk anak usia sekolah dasar diberikan pada Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) yaitu imunisasi campak, DT, dan Td. Imunisasi lanjutan pada WUS diberikan imunisasi terhadap penyakit tetanus dan difteri (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

1. Imunisasi Lanjutan DPT-HB-Hib

Imunisasi DPT adalah pencegahan terhadap penyakit difteri, pertusis (batuk rejan), dan tetanus, HB untuk pencegahan penyakit Hepatitis B dan Hib untuk pencegahan infeksi *Haemophilus influenzae* tipe b. Vaksin DPT-HB-Hib dapat digunakan secara kombinasi yang disebut dengan vaksin Pentavalen/Pentabio (Kementerian kesehatan RI, 2014).

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 serupa berupa gangguan pernafasan yang berakibat kematian (Mastiningsih, 2018). Pertusis atau biasa disebut batuk rejan/batuk 100 hari disebabkan oleh *Bordetella pertussis* dengan gejala utama batuk-batuk dan disertai mata merah serta demam. Penyebarannya melalui percikan ludah (*droplet infection*) (Mastiningsih, 2018). Sedangkan tetanus disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang dapat menghasilkan *neurotoxin* yang menimbulkan gejala kaku otot yang nyeri (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Hepatitis B adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus Hepatitis B (HBV) yang akan merusak hati. *Haemophilus influenzae type b* (Hib) adalah salah satu bakteri yang dapat menyebabkan infeksi di beberapa organ seperti meningitis, epiglottitis, pneumonia, artritis, dan selulitis (Mastiningsih, 2018).

a. Cara pemberian dan dosis

Imunisasi DPT-HB-Hib diberikan sebanyak tiga dosis sebagai imunisasi dasar (pada usia 2 bulan, tiga bulan, dan empat bulan), lalu diberikan sebagai imunisasi ulangan satu kali pada rentang usia 18-24 bulan (interval satu tahun setelah DPT3) (Mastiningsih, 2018). Vaksin DPT- HB- Hib (vaksin pentavalen) diberikan secara intramuskular

pada anterolateral paha atas. Satu dosis anak adalah 0,5 ml (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Paparan suhu beku dapat merusak vaksin DPT karena vaksin DPT merupakan jenis vaksin inaktif yang sensitif terhadap suhu beku (Hikmarida, 2014).

b. Kontra indikasi

Kontra indikasi pada kejang atau gejala kelainan otak pada bayi baru lahir atau kelainan saraf serius lainnya (Mastiningsih, 2018).

c. Efek samping

Efek samping yang dapat timbul berupa reaksi lokal sementara (bengkak, nyeri, kemerahan) pada lokasi suntikan, demam, dan perubahan perilaku seperti rewel, dan menangis dengan nada tinggi dapat terjadi dalam 24 jam setelah pemberian imunisasi (Mastiningsih, 2018). Kejang merupakan efek samping yang jarang ditemui, jika terdapat kejang pada anak maka vaksin pertusis harus dihilangkan pada imunisasi selanjutnya (Sari, 2018).

2.1.4 Sejarah Imunisasi Lanjutan

Sejarah imunisasi di Indonesia diawali pada tahun 1956 dengan dimulainya imunisasi cacar (beda dengan cacar air red) dimana berhasil mengeradikasi penyakit tersebut. Dllanjutkan dengan imunisasi BCG mulai tahun 1973 dan DPT mulai tahun

1976. Imunisasi Polio mulai tahun 1981 dan campak 1982. Vaksin kombo (DPT-HB) mulai digunakan tahun 2006 dan dilanjutkan dengan pentavalen tahun 2014. Jadi vaksin pentavalen kedudukannya menggantikan vaksin kombo yang sekarang tidak ada lagi.

Pemberian vaksin pentavalen sama dengan vaksin kombo yaitu pada umur bayi 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan untuk imunisasi dasar. Untuk imunisasi lanjutan vaksin pentavalen diberikan pada umur anak paling cepat 18 bulan sampai 24 bulan. Jadi total vaksin pentavalen diberikan sebanyak 4 kali dimana pemberian 1-3 di vastus lateralis (sisi luar paha) kiri-kanan-kiri secara IM. Pemberian ke-4 diberikan di deltoid (lengan kanan atas) secara IM.

Vaksin pentavalen disimpan di lemari es bersuhu 2-8 derajat C dan proses transportasi menggunakan cooling pack (ingat cooling pack berisi air dingin, bukan berisi es). Vaksin tahan disimpan sampai tanggal kadaluarsanya atau sepanjang indikator suhu pada vial (tanda kotak dikelilingi bulatan) warnanya masih aman (warna kotak tidak sama atau lebih tua dari warna bulatan). Jika sudah dibuka sebaiknya digunakan dalam waktu 2 minggu.

Vaksin pentavalen hanya diberikan pada bayi yang belum pernah mendapat vaksin kombo. Apabila sudah mendapatkan imunisasi kombo dosis pertama atau kedua, tetap dilanjutkan dengan pemberian vaksin kombo sampai dosis ketiga. Bagi bayi

dibawah 3 tahun yang belum mendapat vaksin kombo 3 dosis, dapat diberikan vaksin pentavalen pada usia 18 bulan dan imunisasi lanjutan diberikan minimal 12 bulan dari vaksin pentavalen dosis ketiga.

Kontraindikasi pemberian vaksin pentavalen meliputi adanya alergi atau hipersensitifitas terhadap komponen vaksin (termasuk pengawetnya thimerosal), dan kejang atau kelainan saraf serius lainnya (kontraindikasi terhadap komponen pertusis). Kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI) yang dapat terjadi meliputi reaksi lokal seperti bengkak, nyeri, kemerahan, dan demam (necel.wordpress.com di akses 11 Mei 2019).

2.1.5 Tujuan Imunisasi Lanjutan

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 %. Vaksin Imunisasi Lanjutan Pentavalen juga mencegah 6 penyakit, yakni Difteri Pertusis, Tetanus, Hepatitis B,

serta Pneumonia (radang paru) dan Meningitis (radang selaput otak) yang disebabkan infeksi kuman Hib (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Hasil penelitian (Kimura et al,1991) menunjukkan bahwa titer antibodi yang terbentuk setelah dosis pertama <0.01 IU/mL dan setelah dosis kedua berkisar 0.05-0.08 IU/mL dan setelah 3 dosis menjadi 1,5 -1,7 IU/mL dan menurun pada usia 15-18 bulan menjadi 0.03 IU/mL sehingga dibutuhkan booster. Setelah booster diberikan didapatkan titer antibodi yang tinggi sebesar 6,7 – 10.3 IU/mL (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

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 anti bodi pada anak-anak (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.1.6 Jadwal Imunisasi Lanjutan

Berikut adalah tabel jadwal imunisasi lanjutan pada anak usia di bawah dua tahun (Baduta):

Tabel 2.1 Jadwal imunisasi lanjutan anak bawah dua tahun

Umur	Jenis imunisasi	Interval minimal setelah imunisasi dasar
18 bulan	DPT-HB-Hib	12 bulan dari DPT-HB-Hib 3
24 bulan	Campak	6 bulan dari Campak dosis pertama

(Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Berdasarkan tabel 1, imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib dapat diberikan pada usia 18 bulan. Imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib (pentavalen) dapat diberikan dengan interval minimal selama 12 bulan setelah pemberian imunisasi dasar DPT-HB-Hib ke tiga sedangkan imunisasi campak dapat diberikan dengan interval minimal 6 bulan dari pemberian imunisasi dasar campak dosis pertama (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.1.7 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

Kegiatan Imunisasi diselenggarakan di Indonesia sejak tahun 1956. Mulai tahun 1977 kegiatan Imunisasi diperluas menjadi Program Pengembangan Imunisasi (PPI) dalam rangka pencegahan penularan terhadap beberapa Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) yaitu Tuberkulosis, Difteri, Pertusis, Campak, Polio, Tetanus serta Hepatitis B. Beberapa penyakit yang saat ini menjadi perhatian dunia dan merupakan komitmen global yang wajib diikuti oleh semua negara adalah

eradikasi polio (ERAPO), eliminasi campak dan rubela dan Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (ETMN) (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Indonesia berkomitmen terhadap mutu pelayanan Imunisasi dengan menetapkan standar pemberian suntikan yang aman (safe injection practices) bagi penerima suntikan, petugas dan lingkungan terkait dengan pengelolaan limbah medis tajam yang aman (waste disposal management) (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Cakupan Imunisasi harus dipertahankan tinggi dan merata di seluruh wilayah. Hal ini bertujuan untuk menghindarkan terjadinya daerah kantong yang akan mempermudah terjadinya kejadian luar biasa (KLB). Untuk mendeteksi dini terjadinya peningkatan kasus penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, Imunisasi perlu didukung oleh upaya surveilans epidemiologi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Masalah lain yang harus dihadapi adalah munculnya kembali PD3I yang sebelumnya telah berhasil ditekan (Reemerging Diseases), maupun penyakit menular baru (New Emerging Diseases) yaitu penyakit-penyakit yang tadinya tidak dikenal (memang belum ada, atau sudah ada tetapi penyebarannya sangat terbatas; atau sudah ada tetapi tidak menimbulkan gangguan kesehatan yang serius pada manusia) (Kementerian Kesehatan RI,

2017).

Seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, penyelenggaraan Imunisasi terus berkembang antara lain dengan pengembangan vaksin baru (Rotavirus, Japanese Encephalitis, Pneumococcus, Dengue Fever dan lain-lain) serta penggabungan beberapa jenis vaksin sebagai vaksin kombinasi misalnya DPT-HB-Hib (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.2 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi

Berdasarkan teori dari Lawrence Green (1991) terdapat dua faktor pokok yang mempengaruhi kesehatan individu atau masyarakat (dalam hal ini status imunisasi) yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang diantaranya adalah faktor pemudah (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

2.2.1 Faktor Pemudah (*Predisposing Factor*)

1. Pengetahuan ibu
2. Tingkat pendidikan
3. Status Pekerjaan ibu
4. Sikap ibu
5. Pendapatan keluarga

2.2.2 Faktor Pemungkin (*Enabling Factor*)

1. Keterjangkauan ke tempat pelayanan
2. Sarana dan prasarana
3. Ketersediaan waktu

2.2.3 Faktor Penguat (*Reinforcing Factor*)

1. Peran tenaga kesehatan
2. Peran pemerintah
3. Dukungan keluarga

Faktor pemudah atau faktor predisposisi adalah faktor internal yang paling penting yang dimiliki seseorang yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatannya. Berikut ini adalah beberapa faktor predisposisi terhadap pemberian imunisasi lanjutan pada anak:

1. Pengetahuan

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa pengetahuan adalah hasil dari penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui indera yang dimiliki. Pengetahuan juga dapat diartikan sebagai informasi yang ditemui dan diperoleh oleh manusia dengan pengamatan akal untuk mengenali suatu benda atau kejadian yang sebelumnya belum pernah dilihat atau dirasakan. Pengetahuan sering dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui tingkat kecerdasan seseorang. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, pengetahuan diartikan sebagai segala sesuatu yang diketahui yang berkenaan dengan hal (mata pelajaran) (Notoatmodjo,

2010).

Tingkatan pengetahuan digolongkan menjadi (1) Tahu (*know*), (2) Memahami (*comprehension*), (3) Aplikasi (*application*), (4) Analisis (*analysis*), (5) Sintesis (*synthesis*) dan (6) Evaluasi (*evaluation*). Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang tersebut, maka akan semakin baik kemampuan seseorang dalam mengaplikasikan pengetahuannya (Sari, 2018).

Untuk mengukur pengetahuan seseorang dapat menggunakan teknik wawancara atau menggunakan kuisioner. Istriyati (2011) mengatakan bahwa pengetahuan dapat dikategorikan menjadi (1) Kurang, jika subjek dapat menjawab $\leq 60\%$ dari seluruh pertanyaan yang diberikan dengan benar, (2) Cukup, jika subjek menjawab $60\% - 75\%$ dan Baik, jika subjek menjawab pertanyaan $\geq 75\%$ (Arikunto, 2002).

Penelitian yang dilakukan oleh Makamban *et al* (2014) didapatkan bahwa responden yang mengimunisasi anaknya dengan lengkap adalah ibu yang memiliki pengetahuan cukup lebih tinggi (93,3%) dibandingkan ibu dengan pengetahuan kurang (73,8%). Astriani (2016) juga menyatakan bahwa tingkat pengetahuan memiliki hubungan yang bermakna dengan kelengkapan imunisasi lanjutan di Puskesmas Denpasar Selatan Tahun 2016. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan berperan penting terhadap pemberian imunisasi lanjutan pada anak (Astriani, 2016; Makamban dan Salmah, 2014).

2. Sikap Ibu

Notoatmodjo (2010) menjelaskan tahapan seseorang sebelum mengadopsi perilaku baru, proses tersebut meliputi : *awareness* (kesadaran), *interest* (tertarik), *evaluation* (mempertimbangkan dampak baik dan buruk stimulus tersebut terhadap dirinya), *trial* (mulai mencoba perilaku baru), *adoption* (subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2010).

Sikap dibagi menjadi beberapa tingkatan, yaitu:

- a. Menerima (*receiving*), diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
- b. Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Apabila subjek berusaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

- c. Menghargai (*valuing*), berarti mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Untuk menggolongkan sikap ibu terhadap imunisasi, Sari (2018) membagi sikap ibu menjadi (1) Sikap positif, apabila skor jawaban \geq median dan (2) Sikap negative, apabila $<$ median (Sari, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yuda dan Nurmala (2018), didapatkan hasil bahwa sikap ibu mempengaruhi kepatuhan imunisasi. Sebanyak 43 responden dengan tingkat sikap cukup (55%) patuh terhadap imunisasi. Hasil uji statistik bivariat menunjukkan terdapat hubungan sikap terhadap kepatuhan imunisasi (Yuda dan Nurmala, 2018).

3. Pendidikan Ibu

Pendidikan adalah proses seseorang mengembangkan kemampuan, sikap, dan bentuk-bentuk tingkah laku manusia di dalam masyarakat tempat ia hidup, proses sosial, yakni orang dihadapkan pada pengaruh lingkungan yang terpilih dan terkontrol (khususnya yang datang dari sekolah), sehingga dia dapat memperoleh atau mengalami perkembangan kemampuan sosial, dan kemampuan individu yang optimal (Istriyati, 2011).

Menurut penelitian yang telah dilakukan sebelumnya menyatakan bahwa dari 30 responden pada status imunisasi tidak lengkap, 23 responden (38,3%) memiliki tingkat pendidikan dasar dan yang memiliki tingkat pendidikan lanjut sebanyak 7 responden (11,7%). Dari 30 responden pada status imunisasi lengkap, 13 responden (21,7%) memiliki tingkat pendidikan dasar dan 17 responden (28,3%) memiliki tingkat pendidikan lanjut (Istriyati, 2011).

4. Pekerjaan Ibu

Pekerjaan termasuk ke dalam faktor predisposisi terhadap status kesehatan individu. Salah satu penelitian mengatakan bahwa didapatkan kelompok imunisasi tidak lengkap sebanyak 26,2% bekerja, dan 23,8% tidak bekerja. Sedangkan pada kelompok imunisasi lengkap sebanyak 14,3% orang bekerja dan 35,7% orang tidak bekerja (Prihanti, Rahayu, dan Abdullah, 2016). Hal ini didukung oleh penelitian lainnya yang mengatakan bahwa ibu dengan pekerjaan informal (IRT) atau tidak bekerja dapat fleksibel terkait waktu dibandingkan ibu yang memiliki pekerjaan formal (pada suatu instansi). Artinya pekerjaan formal memberikan efek negatif kepada responden untuk mengimunisasikan anaknya secara lengkap, sebaliknya pekerjaan informal memberikan efek positif kepada responden untuk mengimunisasi anaknya secara lengkap (Makamban dan Salmah, 2014).

Selain faktor pemudah atau faktor predisposisi, menurut Lawrence W. Green (1991) juga terdapat faktor pemungkin atau *enabling factor* yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan individu, diantaranya adalah keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan serta sarana dan prasarana (Notoatmodjo, 2010).

5. Keterjangkauan Tempat Pelayanan Kesehatan

Keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pencapaian derajat kesehatan, termasuk kelengkapan imunisasi. Ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan memberikan kontribusi terhadap perilaku dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Apabila jarak jangkauan masyarakat terhadap suatu tempat pelayanan kesehatan semakin kecil, maka akan semakin sedikit pula waktu yang diperlukan sehingga pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat meningkat (Notoatmodjo, 2010). Penelitian Indragiri dan Hayati (2010) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan dengan status imunisasi Hepatitis B (Indragiri dan Hayati, 2010).

Kemudahan untuk mencapai pelayanan kesehatan ini antara lain ditentukan oleh jarak tempat tinggal dengan pusat pelayanan kesehatan dan adanya transportasi yang tersedia sehingga dapat memperkecil jarak tempuh ke tempat pelayanan tersebut, hal ini akan menimbulkan motivasi ibu untuk datang ke tempat pelayanan imunisasi (Istriyati,

2011).

6. Peran Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan merupakan garda terdepan dalam pelaksanaan program imunisasi. Oleh karena itu, pemerintah berupaya untuk meratakan perserabaran tenaga kesehatan di setiap daerah agar pelayanan kesehatan, terutama pelayanan imunisasi dapat dilaksanakan dengan baik. Tenaga kesehatan berkesempatan untuk mengetahui status imunisasi dengan kontak langsung dengan anak atau orang tua. Tenaga kesehatan perlu memahami pengetahuan tentang imunisasi dengan baik, seperti pentingnya imunisasi bagi balita, efek samping pemberian imunisasi, kontraindikasi pemberian imunisasi, dan dampak yang akan timbul bila anak tidak diberikan imunisasi. Tenaga kesehatan harus dapat membantu memberikan pemahaman kepada orang tua dan membantu mengubah persepsi orang tua yang salah tentang imunisasi sehingga dapat meyakinkan ibu bahwa pemberian imunisasi tidak menimbulkan masalah kesehatan pada anak (Widhiarto, 2016).

Peran tenaga kesehatan dalam program imunisasi perlu dilakukan kajian meliputi perencanaan, pelaksanaan pengelolaan rantai vaksin, penanganan limbah, standar tenaga dan pelatihan teknis, pencatatan dan pelaporan, supervisi dan bimbingan teknis serta monitoring dan evaluasi (Zakiyah, Utami, dan Sandra, 2014).

Menurut penelitian Munawaroh, Syamsulhuda, dan Widjanarko,

(2016), dukungan tenaga kesehatan berperan terhadap praktik imunisasi pentavalen *booster* di wilayah kerja Puskesmas Mangunsari Kota Salatiga. Hasil univariat ditemukan sebesar 13,6% responden kurang mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan dalam praktik imunisasi pentavalen *booster* (Munawaroh A, Syamsulhuda dan Widjanarko, 2016). Hal yang sama dalam penelitian oleh Astriani (2016), hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan imunisasi lanjutan pada anak usia dibawah tiga tahun di Puskesmas Denpasar Selatan memiliki hubungan bermakna dengan peran tenaga kesehatan (Astriani, 2016).