

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU YANG
MEMPUNYAI BALITA TENTANG IMUNISASI MEASLES
RUBELLA
DI WILAYAH PUSKESMAS RANCAEKEK
KABUPATEN BANDUNG
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menempuh Ujian Akhir Pada Program Studi D III
Kebidanan Reguler STIKes Bhakti Kencana Bandung

**NAMA : RESA MAULANI
CK : 1.15.024**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
BANDUNG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU YANG
MEMPUNYAI BALITA TENTANG IMUNISASI
MEASLES RUBELLA DI WILAYAH PUSKESMAS
RANCAEKEK KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2018**

NAMA MAHASISWA : RESA MAULANI

NIM : CK.1.15.024

Bandung,.....2018

Menyetujui

Pembimbing



(Iceu Mulyati, S,ST.,M.Keb)

Mengetahui

Program Studi D III Kebidanan,



(Dewi Nurlaela Sari, M.Keb)

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU YANG
MEMPUNYAI BALITA TENTANG IMUNISASI MEASLES
RUBELLA DI WILAYAH PUSKESMAS RANCAEKEK
KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2018

NAMA : RESA MAULANI

NIM : CK.1.15.024

Telah diujikan pada Agustus 2018
di STIKes Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



(Meda Yuliani, S.ST., M.Kes)

Penguji II



(Agustina Suryanah, S.ST., MM.Kes)

Mengetahui,

Ketua

STIKes Bhakti Kencana Bandung



(R. Siti Jundiah S.Kep., M.Kep)

PERYATAAN PENULIS

Dengan ini saya

Nama : RESA MAULANI

NIM : CK.1.15.024

Program studi : DIII Kebidanan

Judul Karya tulis Ilmiah : Gambaran Pengetahuan dan Sikap Ibu yang mempunyai Balita tentang Imunisasi Measles Rubella di Wilayah Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018

Menyatakan :

1. Tugas akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil dari plagiat/jiplakan, serta dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan yang berlaku diperguruan tinggi.

Bandung, 13-Agustus-2018

Yang Membuat Pernyataan



(Resa Maulani)

ABSTRACT

Picture of knowledge and attitude of mother who has toddler about immunization of Measles Rubella in region Puskesmas Rancaekek 2018.

Measles is a highly contagious disease caused by viruses that are transmitted through coughing and sneezing. Immunization of Rubella Measles is a combination of Measles and Rubella Vaccine. This immunization is used for protection against Measles and Rubella. Of the 5 villages that carried out the rubella measles immunization, all villages had 95% immunization outcomes, although the immunization rate expected for immunization was 100%. In Indonesia the incidence of extraordinary measles tend to increase 32 times in 2008 occurred 56 times in 2009 and the number of measles incidence in 2008 was highest in the group of children under five, namely 0,7-0,8 /10000 population.

The purpose of this research is to know the description of knowledge and attitude of mother who have a toddler about immunization of Rubella Measles in Puskesmas area Rancaekek Kabupaten Bandung 2018. Type of research used in this research is descriptive research type. Population in this research is all that have toddler who have not get Rubella Measles immunization at work area of Puskesmas Rancaekek Bandung Regency of 2018 which amounted to 117 people under five. With 54 seals. The analysis used is Univariate analysis in percentage form.

Known more than half of respondents have less knowledge as much as 28 people (51,9%) about Immunization Rubella Measles. It is known that more than half of respondents have negative attitude 31 people (57,4%) attitude toward Immunization Measles Rubella.

Suggestion, it is expected that health workers can continue to maintain services, especially immunization in infants and toddlers, where immunization is a form of prevention against.

Bibliography 16 (2005-2015)

Keywords : Immunization Measles Rubella.

ABSTRAK

Gambaran pengetahuan dan sikap ibu yang mempunyai balita tentang imunisasi Measles Rubella di Wilayah Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018.

Campak merupakan penyakit yang sangat mudah menular yang disebabkan oleh virus dan ditularkan melalui batuk dan bersin. Imunisasi MR adalah kombinasi vaksin campak atau measles (M) dan rubella (R). Imunisasi ini digunakan untuk perlindungan terhadap penyakit campak dan rubella. Dari 5 desa yang melaksanakan Imunisasi MR diketahui semua desa memiliki angka capaian imunisasi di atas 95% walaupun angka capaian imunisasi yang diharapkan untuk imunisasi MR adalah tercapai 100 persen. Di Indonesia frekuensi Kejadian Luar Biasa (KLB) campak cenderung meningkat yaitu 32 kali pada tahun 2008 menjadi 56 kali pada tahun 2009 dan angka insiden campak pada tahun 2008 paling tinggi pada kelompok balita yaitu 0,7–0,8 per 10000 penduduk. Case Fatality Rate (CFR) campak pada KLB di Indonesia juga cenderung meningkat yaitu 1,8% pada tahun 2008 menjadi 2,4% pada tahun 2009. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap ibu yang mempunyai balita terhadap imunisasi Measles Rubella di Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian *Deskriptif*. populasi dalam penelitian ini adalah seluruh yang mempunyai balita yang belum mendapatkan imunisasi MR di Wilayah Kerja Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018 yang berjumlah 117 orang balita. dengan sampel 54 orang. analisis yang digunakan adalah *Analisis Univariat dalam bentuk persentase*.

diketahui lebih dari setengahnya responden memiliki pengetahuan kurang sebanyak 28 orang (51,9%) tentang imunisasi Measles Rubella. Diketahui lebih dari setengahnya responden memiliki sikap negatif sebanyak 31 orang (57,4%) sikap terhadap imunisasi Measles Rubella

Diharapkan tenaga kesehatan dapat terus mempertahankan pelayanan khususnya Imunisasi pada bayi dan balita, dimana imunisasi sebagai bentuk pencegahan terhadap penyakit

Daftar Pustaka: 16 (2005-2015)

Kata Kunci: Imunisasi MR

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil'alamin. Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat, karunia dan kekuatan dari-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir yang berjudul

“GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU YANG MEMPUNYAI BALITA TENTANG IMUNISASI MEASLES RUBELLA DI WILAYAH PUSKESMAS RANCAEKEK KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2018”

Pada kesempatan yang berbahagia ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang membantu, terutama :

1. H. Mulyana, SH.,MPd., MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah S.Kep., M.Kep, selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung
3. Dewi Nurlaela Sari, M.Keb, selaku Ketua Program Studi DIII Kebidanan
4. Iceu Mulyati, S.ST., M.Keb, selaku pembimbing yang sudah menyempatkan waktunya untuk membimbing saya.
5. Meda Yuliani, S.ST., M.Kes selaku penguji yang telah menyempatkan waktunya untuk memberikan masukan dan telah memberikan saran kepada saya.
6. Agustina Suryanah, S.ST., MM.Kes selaku penguji yang telah menyempatkan waktunya untuk memberikan masukan dan telah memberikan saran kepada saya.
7. Seluruh staf pengajar Program Studi DIII Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung, yang telah banyak membimbing, memberikan motivasi dan mengamalkan ilmunya kepada penulis selama mengikuti pendidikan yang inshaAllah bermanfaat.
8. Kedua orang tua tersayang yang selalu memberikan segalanya baik itu dukungan moral maupun material, kakak, adik, dan saudara yang selalu menyayangi dan menemani, berjuang untuk kesuksesan penulis dan

memberikan dukungan serta menjadi penyemangat dalam membuat Laporan Tugas Akhir.

9. Sahabat terdekat dan yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang selalu memberikan motivasi dan bantuan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir
10. Teman-teman bidang sepejuangan bersama-sama berjuang.
11. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak memberikan dukungan selama penyusunan Laporan Tugas Akhir.

Penulis menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna meningkatkan kualitas penyusunan Laporan Tugas Akhir selanjutnya. Dan mudah-mudahan dengan adanya Laporan Tugas Akhir ini dapat membantu pembaca dan penulis sendiri dalam memahami materi di dalamnya.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Aamiin.

Bandung, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	8
1.3 TUJUAN PENELITIAN	9
1.4 MANFAAT PENELITIAN.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 IMUNISASI	11
2.1.1 PENGERTIAN IMUNISASI	11
2.1.2 TUJUAN IMUNISASI.....	12
2.1.3 MANFAAT IMUNISASI	13
2.1.4 JADWAL PEMBERIAN IMUNISASI.....	13
2.2 CAMPAK.....	14
2.2.1 PENGERTIAN CAMPAK.....	14
2.2.2 PENYEBAB PENYAKIT CAMPAK.....	15
2.2.3 CARA DAN MASA PENULARAN	16
2.2.4 GEJALA DAN TANDA	16
2.2.5 EFEK SAMPING VAKSIN CAMPAK.....	17
2.2.6 KOMPLIKASI CAMPAK	17
2.2.7 STADIUM PENYAKIT CAMPAK.....	18
2.2.8 ETIOLOGI	19
2.2.9 KRITERIA DIAGNOSA.....	19
2.2.10 TERAPI.....	20
2.2.11 PENCEGAHAN CAMPAK.....	21
2.2.12 JENIS IMUNISASI CAMPAK.....	22
2.3 FAKTAPR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IMUNISASI.....	23
2.3.1 PENGETAHUAN	24

2.3.2 SIKAP	25
2.3.3 STATUS EKONOMI.....	32
2.3.4 PERSEPSI	34
BAB III METODE PENELITIAN	37
3.1 JENIS PENELITIAN	37
3.2 VARIABEL PENELITIAN	37
3.3 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN	37
3.3.1 POPULASI.....	37
3.3.2 SAMPEL	38
3.4 KERANGKA PEMIKIRAN	41
3.5 KERANGKA KONSEP.....	44
3.6 DEFINISI OPERASIONAL	45
3.7 UJI VALIDITAS DAN REABILITAS INSTRUMEN PENELITIAN	45
3.7.1 UJI VALIDITAS	45
3.7.2 UJI REABILITAS	47
3.8 RANCANGAN ANALISIS HASIL DATA PENELITIAN	48
3.9 RANCANGAN PENGELOLAAN DATA	51
3.10 LANGKAH-LANGKAH PENELITIAN	51
3.11 WAKTU DAN TEMPAT	52
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	53
4.1 HASIL PENELITIAN	53
4.2 PEMBAHASAN PENELITIAN	54
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	56
5.1 KESIMPULAN	56
5.2 SARAN	56

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN
RIWAYAT HIDUP

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi..	11
Table 3.6 Definisi Operasional.....	46
Table 4.1 Distribusi Frekuensi Pengetahuan	52
Table 4.2 Distribusi Frekuensi Sikap	53

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Imunisasi memberikan perlindungan, pencegahan, sekaligus membangun kekebalan tubuh dan memperkecil kemungkinan penularan penyakit. Sehingga anak-anak dapat terhindar dari penyakit-penyakit tertentu yang dapat menimbulkan kecacatan bahkan kematian. Bayi dan anak-anak merupakan kelompok yang amat rentan terserang penyakit lantaran daya tahan tubuh mereka yang masih rendah. Oleh sebab itu, pemerintah mewajibkan pemberian imunisasi dasar pada bayi, yang kemudian diulang di usia balita, disamping beberapa imunisasi yang dianjurkan (Depkes, 2006)

Cakupan imunisasi pada Riskesdas 2013 cakupan tiap jenis imunisasi yaitu HB-0, BCG, polio empat kali (polio 4), DPT-HB kombo tiga kali (DPT-HB 3), dan campak menurut provinsi. Berdasarkan jenis imunisasi persentase tertinggi adalah BCG (87,6%) dan terendah adalah DPT-HB3 (75,6%). Papua mempunyai cakupan imunisasi terendah untuk semua jenis imunisasi, meliputi HB-0 (45,7%), BCG (59,4%), DPT-HB 3 (75,6%), Polio 4 (48,8%), dan campak (56,8%). Provinsi DI Yogyakarta mempunyai cakupan imunisasi tertinggi untuk jenis imunisasi dasar HB-0 (98,4%), BCG (98,9%), DPT-HB 3 (95,1%), dan campak (98,1%) sedangkan cakupan imunisasi polio 4 tertinggi di Gorontalo (95,8%). Cakupan imunisasi dasar lengkap bervariasi antar provinsi, yaitu tertinggi di DI Yogyakarta (83,1%) dan terendah di Papua (29,2%). Secara nasional, terdapat 8,7 persen anak 12-23 bulan yang tidak pernah mendapatkan imunisasi dengan persentase tertinggi di Papua (36,6%) dan terendah di DI Yogyakarta (1,1%). (Riskesdas, 2013)

Campak merupakan penyakit yang sangat mudah menular yang disebabkan oleh virus dan ditularkan melalui batuk dan bersin. Gejala penyakit campak adalah demam tinggi, bercak kemerahan pada kulit (rash) disertai dengan batuk dan/atau pilek dan/atau konjungtivitis akan tetapi sangat berbahaya apabila

disertai dengan komplikasi pneumonia, diare, meningitis dan bahkan dapat menyebabkan kematian. Penyakit ini sangat berpotensi menjadi wabah apabila cakupan imunisasi rendah dan kekebalan kelompok/herd immunity tidak terbentuk. Ketika seseorang terkena campak, 90% orang yang berinteraksi erat dengan penderita dapat tertular jika mereka belum kebal terhadap campak. Seseorang dapat kebal jika telah diimunisasi atau terinfeksi virus campak. (Kemkes, 2017)

Untuk mengendalikan penyakit campak tersebut dilakukan beberapa upaya diantaranya, melakukan imunisasi rutin campak anak usia 9-11 bulan dengan cakupan >90%, dilakukan *sweeping* atau mendatangi kerumah-rumah anak yang memiliki bayi jika cakupan belum tercapai, imunisasi campak kesempatan kedua dengan cakupan 95% pada anak usia kurang 5 tahun melalui kegiatan crash program dan pemberian imunisasi campak pada anak saat masuk sekolah dasar, (Kemenkes, 2012)

Dalam Global Vaccine Action Plan (GVAP), campak dan rubella ditargetkan untuk dapat dieliminasi di 5 regional WHO pada tahun 2020. Sejalan dengan GVAP, The Global Measles & Rubella Strategic Plan 2012-2020 memetakan strategi yang diperlukan untuk mencapai target dunia tanpa campak, rubella atau CRS. Satu diantara lima strategi adalah mencapai dan mempertahankan tingkat kekebalan masyarakat yang tinggi dengan memberikan dua dosis vaksin yang mengandung campak dan rubella melalui imunisasi rutin dan tambahan dengan cakupan yang tinggi (>95%) dan merata. (Kemkes, 2017)

Imunisasi MR adalah kombinasi vaksin campak atau measles (M) dan rubella (R). Imunisasi ini digunakan untuk perlindungan terhadap penyakit campak dan rubella. Campak dan rubella adalah penyakit infeksi menular melalui saluran napas yang disebabkan oleh virus. Vaksin MR diberikan untuk mencegah terjadinya penyakit yang disebabkan oleh virus measles (campak) dan rubella (campak jerman) (Fahmi, Umar. 2009)

Tujuan Pemerintah mengadakan program imunisasi Measles Rubella adalah Pemerintah mempunyai komitmen yang kuat untuk mewujudkan eliminasi penyakit campak (measles) dan mengendalikan penyakit rubella serta kecacatan

bawaan akibat rubella atau Congenital Rubella Syndrome di Indonesia pada tahun 2020, Oleh karena itu, pemerintah memberikan imunisasi MR tambahan untuk anak usia 9 bulan sampai dengan kurang 15 tahun agar eliminasi campak dan pengendalian rubella dapat terwujud pada tahun 2020, maka kampanye imunisasi MR ini harus mencapai cakupan minimal 95 persen dari sasaran yang harus mendapatkan imunisasi MR. Profil kesehatan Indonesia tahun 2016 melaporkan 6.890 kasus campak sepanjang tahun 2016, dengan jumlah kematian 5 orang. Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI mencatat 8.185 kasus campak di Indonesia, dengan 831 kasus kejadian luar biasa (KLB) atau wabah (Kementerian Kesehatan, 2016)

Berdasarkan studi pendahuluan dengan datang ke Dinas Provinsi Jawa Barat, dengan menanyakan informasi terkait imunisasi Measles Rubella maka peneliti dapat menemukan masalah dalam penelitian ini adalah masih banyak ibu balita yang belum mengetahui imunisasi MR Measles (campak) dan Rubella (Campak Jerman), serta peran petugas dalam memberikan informasi kepada masyarakat dirasa belum maksimal, dan dilihat dari keadaan ekonomi masyarakat berdasarkan studi pendahuluan yang memiliki latar belakang masyarakat ekonomi kurang, selain beberapa masalah diatas masalah carriage vaksin ke puskesmas dari tempat pengambilan vaksin juga menjadi salah satu pemicu kesuksesan pemberian imunisasi campak, hal ini dikarenakan perubahan kualitas vaksin yang disebabkan pada proses distribusi vaksin ke masyarakat juga menjadi penyebab perubahan kualitas vaksin (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat)

Penelitian yang dilakukan oleh Aniek Arfiyanti S. 2008. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Cakupan Imunisasi MR, Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan dengan antara keberadaan tenaga pelaksana imunisasi, ketersediaan vaksin, motivasi kerja pelaksana imunisasi, sistem pencatatan dan pelaporan, motivasi masyarakat dalam imunisasi dengan cakupan imunisasi MR dan tidak ada hubungan antara ketersediaan jadwal imunisasi dengan cakupan imunisasi MR (Arfiyanti S. 2008)

Campak dan Rubella adalah penyakit infeksi menular melalui saluran nafas yang disebabkan oleh virus. Anak dan orang dewasa yang belum pernah mendapat

imunisasi Campak dan Rubella atau yang belum pernah mengalami penyakit ini beresiko tinggi tertular (IDAI, 2018)

Perbedaan imunisasi campak dengan MR adalah, *Campak* dapat menyebabkan komplikasi yang serius seperti diare, radang paru pneumonia, radang otak (ensefalitis), kebutaan, gizi buruk dan bahkan kematian, sedangkan ***Rubella*** biasanya berupa penyakit ringan pada anak, akan tetapi bila menulari ibu hamil pada trimester pertama atau awal kehamilan, dapat menyebabkan keguguran atau kecacatan pada bayi yang dilahirkan, maka dapat disimpulkan bahwa imunisasi campak diberikan hanya untuk mencegah terhadap penyakit campak sedangkan MR diberikan untuk menegah dari penyakit campak dan juga Rube lla atau campak jerman. Tidak ada pengobatan untuk penyakit Campak dan Rubella namun penyakit ini dapat dicegah. Imunisasi dengan vaksin MR adalah pencegahan terbaik untuk penyakit Campak dan Rubella. Satu vaksin mencegah dua penyakit sekaligus (IDAI, 2018)

Pelaksanaan kampanye vaksin MR akan menyasar anak usia 9 bulan <15 tahun dan kemudian diikuti dengan pengenalan (introduksi) imunisasi Rubella kedalam program imunisasi nasional memakai vaksin MR menggantikan vaksin campak yang selama ini dipakai. Introduksi vaksin MR ini diberikan pada anak umur 9 bulan, 18 bulan dan kelas 1 SD/sederajat. Pelaksanaan kegiatan ini dibagi dalam 2 fase yaitu fase 1 dilaksanakan tahun 2017 di semua Provinsi di Pulau Jawa. Fase 2 dilaksanakan di seluruh provinsi di luar pulau Jawa (Depkes.go.id, 2018)

Menurut catatan Kementerian Kesehatan tahun 2016, dilaporkan ada 8.185 kasus campak pada tahun 2015. Jumlah ini lebih rendah dibanding tahun 2014 yang mencapai 12.943 kasus. Sementara, Rubella masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang perlu pencegahan efektif karena data surveilans lima tahun terakhir menunjukkan 70% kasus terjadi pada kelompok usia di bawah 15 tahun. Perhitungan modelling yang dilakukan Kementerian Kesehatan di Jawa Timur menunjukkan ada 700 bayi yang dilahirkan dengan penyakit campak rubella setiap tahun (Depkes.go.id, 2018)

Dari 5 desa yang melaksanakan Imunisasi MR diketahui semua desa memiliki angka capaian imunisasi diatas 95% walaupun angka capaian imunisasi yang diharapkan untuk imunisasi MR adalah tercapai 100 persen, namun desa sukamanah memiliki cakupan yang lebih rendah diantara desa-desa lainnya yang ada di Wilayah kerja PKM Rancaekek, berbagai alasan dikemukakan baik itu dari Petugas kesehatan yang bertugas sebagai juru imunisasi ataupun masyarakat yang ditemui pada saat pelaksanaan imunisasi menyebutkan beberapa alasan mengapa masih ada masyarakat yang tidak mau anak balitanya di imunisasi diantaranya, adanya rasa takut yang ditimbulkan dari efek pemeberian imunisasi misalnya akan menimnulkan Panas bahkan ada juga masyarakat yang takut anaknya kejang setelah pemberian imunisasi, beberapa alasan lain yang dikemukakan adalah bahwa tidak ingin di imunisasi karna kurang percaya terhadap kekebalan terhadap imunisasi campak (PKM Rancaekek, 2018)

Setiap tahun melalui kegiatan surveilans dilaporkan lebih dari 11.000 kasus suspek campak, dan hasil konfirmasi laboratorium menunjukkan 12–39% di antaranya adalah campak pasti (lab confirmed) sedangkan 16–43% adalah rubella pasti. Dari tahun 2010 sampai 2015, diperkirakan terdapat 23.164 kasus campak dan 30.463 kasus rubella. Selain itu, berdasarkan studi tentang estimasi beban penyakit CRS di Indonesia pada tahun 2013 diperkirakan terdapat 2.767 kasus CRS, 82/100.000 terjadi pada usia ibu 15-19 tahun dan menurun menjadi 47/100.000 pada usia ibu 40-44 tahun. (Kementrian Kesehatan, 2016)

Di Indonesia frekuensi Kejadian Luar Biasa (KLB) campak cenderung meningkat yaitu 32 kali pada tahun 2008 menjadi 56 kali pada tahun 2009 dan angka insiden campak pada tahun 2008 paling tinggi pada kelompok balita yaitu 0,7–0,8 per 10000 penduduk. Case Fatality Rate (CFR) campak pada KLB di Indonesia juga cenderung meningkat yaitu 1,8% pada tahun 2008 menjadi 2,4% pada tahun 2009

Selama tahun 2015 di Provinsi Jawa Barat dilaporkan KLB campak sebanyak 43 kali dengan jumlah kasus sebanyak 646 (CFR = 1,24%) terjadi di 11 Kabupaten dan 3 Kota di Jawa Barat. Pada tahun 2006, KLB campak terjadi

sebanyak 43 kali dengan jumlah kasus 398 (CFR = 0%), terjadi di 6 kabupaten dan 4 kota (Dinkes (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2016)

Data yang diperoleh dari Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung kasus suspek campak yang ditemukan di wilayah kerja Puskesmas adalah sebanyak (4 orang balita) dari total balita (4415) tetapi belum dilakukan tes laboratorium (PKM Rancaekek, 2017)

Berdasarkan data studi pendahuluan yang dilakukan dengan mengumpulkan data imunisasi maka didapatkan PKM Rancaekek memiliki cakupan imunisasi Campak (55,4%), diikuti Puskesmas Soreang (62,2%), serta Puskesmas Baleendah (62,1%). Hasil data diatas juga dituang, Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung yaitu dengan menanyakan kepada 10 orang ibu yang memiliki balita, dari 10 orang ibu yang ditanyakan tentang imunisasi Measles Rubella didapatkan 6 dari ibu balita belum mengetahui tentang imunisasi Measles Rubella, ibu mengatakan mendengar imunisasi Measles Rubella dari iklan di televisi saja, namun belum mengetahui secara jelas apakah yang dimaksud imunisasi Measles Rubella, dan 4 orang ibu balita mengetahui tentang imunisasi Measles Rubella bahwa imunisasi ini adalah sejenis imunisasi campak saja (Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, 2017)

Berdasarkan data dan hasil pra survey di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran pengetahuan dan sikap ibu yang mempunyai balita tentang imunisasi Measles Rubella di Wilayah Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah gambaran pengetahuan dan sikap ibu yang mempunyai balita tentang imunisasi Measles Rubella Wilayah di Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018.

1.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap ibu yang mempunyai balita tentang imunisasi Measles Rubella di Wilayah Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018.

I.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui gambaran pengetahuan ibu yang mempunyai balita tentang imunisasi Measles Rubella di Wilayah Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018.
2. Mengetahui gambaran sikap ibu yang mempunyai balita tentang imunisasi Measles Rubella di Wilayah Puskesmas Rancaekek Kabupaten Bandung Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun penelitian diharapkan bermanfaat untuk :

I.4.1 Bagi Peneliti

Selain penerapan ilmu yang telah didapat juga diharapkan menambah wawasan dan pengalaman baru tentang imunisasi Measles Rubella.

I.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Di harapkan dapat memberi manfaat bagi institusi pendidikan sebagai tambahan kepustakaan dan bahan acuan serta masukan untuk penelitian selanjutnya.

I.4.3 Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang berkontribusi terhadap imunisasi Measles Rubella serta sebagai sumber informasi bagi masyarakat atau bagi orang tua sebagai tambahan informasi dalam membantu melindungi anaknya dari penyakit Malaise dan Rubella.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Imunisasi

2.1.1 Pengertian Imunisasi

Kata Imun berasal dari bahasa Latin "*Immunitas*" yang berarti pembebasan (kekebalan). Dalam sejarah, istilah ini kemudian berkembang sehingga pengertiannya berubah menjadi perlindungan terhadap penyakit dan lebih spesifik lagi terhadap penyakit menular. Sistem imun adalah suatu sistem dalam tubuh yang terdiri dari sel-sel serta produk zat-zat yang dihasilkannya, yang bekerja secara kolektif dan terkoordinir untuk melawan benda asing seperti kuman-kuman penyakit atau racun yang masuk ke dalam tubuh (Markum, 2010)

Imunisasi dibedakan menjadi dua, yaitu imunisasi aktif dan pasif. Imunisasi aktif adalah pemberian antigen (kuman) atau racun kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan dengan tujuan untuk merangsang tubuh memproduksi antibodi sendiri. Jadi pada imunisasi aktif, tubuh ikut berperan membentuk imunitas (kekebalan). Contoh imunisasi aktif adalah vaksinasi campak. Sementara pada imunisasi pasif, tubuh tidak dengan sendirinya membentuk kekebalan tetapi diberikan dalam bentuk antibodi dari luar. Contoh imunisasi pasif adalah suntikan ATS (Anti Tetanus Serum) pada orang yang mengalami luka kecelakaan (Markum, 2010)

Umumnya bayi dan anak diberikan imunisasi aktif karena imunisasi jenis ini memberikan kekebalan yang lebih lama. Sedangkan imunisasi pasif hanya diberikan dalam keadaan yang sangat mendesak, yakni jika tubuh anak diduga belum mempunyai kekebalan ketika terinfeksi oleh kuman penyakit ganas, seperti tetanus. Tapi terkadang imunisasi aktif dan pasif harus diberikan dalam waktu yang bersamaan. Misal, seorang anak yang terserang penyakit tertentu akan memperoleh imunisasi pasif untuk segera menetralkan racun kuman yang beredar.

Imunisasi aktif perlu diberikan juga untuk mendapatkan kekebalan setelah sembuh dari penyakit tersebut (Markum, 2010)

2.1.2 Tujuan Imunisasi

Tujuan imunisasi adalah untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi) atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia seperti pada imunisasi cacar *variola*. Keadaan yang terakhir ini lebih mungkin terjadi pada jenis penyakit yang hanya dapat ditularkan melalui manusia, seperti penyakit difteria.

Program imunisasi bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Pada saat ini penyakit-penyakit tersebut adalah difteri, tetanus, batuk rejan (*pertusis*), campak (*measles*), polio, dan tuberkulosis (Notoatmodjo, 2010)

Program imunisasi campak bertujuan untuk mengunrangi jumlah penderita, agar dapat angka kejadian dan angka kematian diturunkan secara bertahap setiap tahunnya. Suatu saat Indoensia menginginkan penyakit campak lenyap dan tidak lagi menghantui ibu dan anak-anak indonesia secara merata di berbagai kota, desa, sampai ke-pulau pulau terpencil (Fahmi, 2009)

2.1.3 Manfaat Imunisasi

Manfaat imunisasi tidak hanya dirasakan oleh pemerintah dengan menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, tetapi juga dirasakan oleh :

- 1) Untuk anak : mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian.
- 2) Untuk keluarga : menghilangkan kecemasan dan biaya pengobatan yang akan dikeluarkan bila anak sakit. Hal ini mendorong penyiapan keluarga yang terencana, agar sehat dan berkualitas.
- 3) Untuk negara : memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat untuk melanjutkan pembangunan negara dan memperbaiki citra bangsa

2.1.4 Jadwal Pemberian Imunisasi

Tabel 2.1

Jadwal Pemberian Imunisasi di Indonesia

Usia	Vaksin	Tempat Bayi lahir dirumah	Bayi lahir di RS/Praktek Bidan
0 bulan	HB 1	Rumah	RS/Praktek Bidan
1 bulan	BCG, Polio 1	Posyandu	RS/Praktek Bidan
2 bulan	DPT/HB Combo 1, Polio 2	Posyandu	RS/Praktek Bidan
3 bulan	DPT/HB Combo 2, Polio 3	Posyandu	RS/Praktek Bidan
4 bulan	DPT/HB Combo 3, Polio 4	Posyandu	RS/Praktek Bidan
9 bulan	Campak	Posyandu	RS/Praktek Bidan

2.2 Imunisasi Campak

2.2.1 Pengertian

Penyakit campak dikenal juga sebagai morbili atau measles, merupakan penyakit yang sangat menular (infeksius) yang disebabkan oleh virus, Sembilan puluh persen 90% anak yang tidak kebal akan terserang penyakit campak, manusia diperkirakan satu-satunya reservoir, walaupun moyet dapat terinfeksi tetapi tidak berperan dalam penyebaran (Kemenkes, 2012)

Vaksin campak (“measles”) Penyakit campak yang juga masih penyakit “ toea” atau kuno. Catatan ‘dokter’ Rhazes dari Persia atau dikenal juga Abu Bakar yang hidup pada abad 10 menceritakan adanya kasus campak. Namun, catatan tersebut sebenarnya menceritakan kasus yang terjadi pada abad 7 seperti halnya tulisan Al Yehudi, Israel. Rhazes menyebutkan campak sebagai ‘*hasbah*’ dalam bahasa Arab maksudnya adalah *Eruption* yakni pemunculan bintik-bintik kemerahan seluruh

badan. Dalam bahasa Latin disebut *Rubelola* dan *morbilli* dari kata *morbus* artinya penyakit (Fahmi, 2009)

Imunisasi MR adalah kombinasi vaksin campak atau measles (M) dan rubella (R). Imunisasi ini digunakan untuk perlindungan terhadap penyakit campak dan rubella. Campak dan rubella adalah penyakit infeksi menular melalui saluran napas yang disebabkan oleh virus. Vaksin MR diberikan untuk mencegah terjadinya penyakit yang disebabkan oleh virus measles (campak) dan rubella (campak jerman), imunisasi MR diberikan setelah pemberian imunisasi dasar termasuk imunisasi campak pada usia 9 sampai 12 bulan, imunisasi MR diberikan sebagai imunisasi tambahan untuk pencegahan penyakit campak dan juga campak jerman.

2.2.2 Penyebab penyakit campak

Penyebab penyakit campak biasanya disebabkan oleh virus RNA dari genus morbili virus, dari keluarga *Paramyxoviridae* yang mudah mati karena panas dan cahaya (Kemenkes, 2012)

Penyebab penyakit campak adalah virus yang masuk ke dalam genus *morbillivirus* dan keluarga *paramyxoviridae*. Penyakit ini merupakan penyakit menular yang bersifat akut dan menular lewat udara melalui sistem pernapasan, terutama percikan ludah (atau cairan yang keluar ketika seseorang bersin batuk, atau berbicara) seorang penderita. Masa inkubasi penyakit ini berkisar antara 10 hingga 12 hari, kadang-kadang bisa 2-4 hari. Gejala awal berupa demam, malaise atau lemah, gejala *conjunctivitis* dan *coryza* atau kemerahan pada mata seperti halnya penyakit mata, serta gejala radang *trakheo bronkhitis* yakni daerah tenggorokan saluran nafas bagian atas. Suhu bisa mencapai 40,6 derajat celsius timbul *rash* kemerahan yang muncul di daerah wajah, *forehead* dan *hairline* (wilayah kening hingga sebatas rambut), telinga dan leher bagian atas, tangan, serta seluruh badan (Fahmi, 2009)

2.2.3 Cara dan Masa Penularan

Penularan dari orang ke orang melalui percikan ludah dan transmisi melalui udara terutama melalui batuk, bersin atau sekresi hidung. Masa penularan penyakit campak sebelum Rash samapai 4 hari setelah timbul Rash, puncak penularan pada saat gejala awal (fase prodromal), yaitu pada 1-3 hari pertama sakit.

2.2.4 Gejala dan Tanda-tanda

- a. Panas badan biasanya $\geq 38^{\circ}$ selama 3 hari atau lebih, disertai salah satu atau lebih gejala batuk, pilek, mata merah atau mata berair.
- b. Khas (Pathognomonis) ditemukan koplik's spot atau bercak putih keabuan dengan dasar merah di pipi bagian dalam (mucosa bucal)
- c. Bercak kemerahan/rash yang dimulai dari belakang telinga pada tubuh berbentuk makulo papular selama 3 hari atau lebih, keseluruhan tubuh.
- d. Bercak kemerahan makulo papular setelah satu minggu sampai satu bulan berubah menjadi kehitaman (hiperpigmentasi) disertai kulit bersisik. Untuk kasus yang telah menunjukkan hiperpigmentasi (kehitaman) perlu dilakukan anamnesis dengan teliti, dan apabila pada masa akut (permulaan sakit) terdapat gejala-gejala tersebut di atas maka kasus tersebut kasus campak klinis (Kemenkes, 2012).

2.2.5 Efek Samping Vaksin Campak

Panas dan kemerahan, anak-anak mungkin panas selama 1-3 hari setelah satu minggu penyuntikan, kadang-kadang disertai kemerahan seperti penderita campak ringan (Markum, 2000)

2.2.6 Komplikasi Campak

Sebagian besar penderita campak akan sembuh, komplikasi sering terjadi pada anak usia 5 tahun dan penderita dewasa usia > 20 tahun. Kasus campak pada penderita malnutrisi dan defisiensi vitamin A serta immune deficiency (HIV), komplikasi campak dapat menjadi lebih berat atau fatal. Komplikasi yang sering terjadi yaitu, diare, bronchopneumonia, malnutrisi, otitis media, kebutaan, encephalitis, measles encephalitis, hanya 1/1000 penderita campak, Subacute sclerosing panencephalitis (SSPE), hanya 1/100.000 penderita campak, ulkus mucosa mulut. Penyebab kematian penderita campak umumnya disebabkan karena komplikasinya seperti: bronchopneumonia, diare berat, dan gizi buruk serta penanganan yang terlambat (Kemenkes, 2012)

Akibat lainnya adalah penurunan status gizi penderita. Hal ini disebabkan karena penderita sama sekali tidak mau makan, sehingga dalam sekejap anak bisa menderita kekurangan gizi. Komplikasi lain yang tercatat adalah *afasia* tidak dapat bicara, *hemiplegia* kelumpuhan otot kaki, radang selaput otak dan saraf mata (Fahmi, 2009)

2.2.7 Stadium Penyakit Campak

Penyakit campak secara klinik dikenal memiliki tiga stadium kataral, stadium erupsi (keluar bercak-bercak kemerahan), dan stadium kovalen. Pada stadium awal kataral berlangsung selama 4-5 hari disertai panas, malaise, batuk, *fotofobia* (takut terhadap suasana terang atau cahaya) *konjunktivitis* dan *koriza*. Menjelang akhir stadium kataral timbul bercak berwarna putih kelabu khas sebesar ujung jarum dan dikelilingi eritema, lokasinya disekitar mukosa mulut. Disusul erupsi, dengan gejala batuk yang bertambah, serta timbul eritema dimana-mana. Ketika erupsi berkurang, maka demam makin lama makin berkurang (Fahmi, 2009)

Anak yang pernah mengalami penyakit ini akan mengalami kekebalan seumur hidup. Sedangkan bayi yang ibunya menderita morbili, akan

menerima kekebalan secara pasif, sampai umur empat hingga enam bulan. Setelah umur tersebut kekebalannya akan menurun sehingga anak dapat terkena penyakit campak. Bila si ibu menderita penyakit morbili ketika hamil muda, usia hamil satu-dua bulan, maka 50% akan mengalami abortus. Bila menderita campak pada trimester pertama, atau kedua, dan ketiga, maka kemungkinan akan mengalami cacat bawaan, lahir mati atau lahir dengan berat badan rendah (Fahmi, 2009)

Measles/Campak adalah suatu penyakit menular akut yang secara khas terdiri dari 3 stadium.

1. Stadium inkubasi, \pm 10-12 hari dengan sedikit gejala-gejala (bila ada)
2. Stadium Prodromal dengan enanem (koplik spots) di daerah mukosa bukal dan faring, panas ringan sampai sedang, konjungtivitis ringan "Coryza", batuk.
3. Stadium akhir (kompalecens) dengan ruam (rash) makulopapular di daerah leher, muka, badan, lengan dan kaki serta dengan panas tinggi (Markum, 2010)

2.2.8 Etiologi

Penyebab campak adalah virus yang berasal dari *family paramyxoviridae, genus morbilyvirus*. Di Negara berkembang dua faktor yang menyebabkan penyakit campak terjadi lebih berat, yaitu penyakit ini menyerang anak pada usia yang lebih muda dan keadaan gizi anak yang relative kurang baik. Black (1982) menambahkan satu faktor lagi, yaitu *liter antibody* internal yang rendah.

2.2.9 Kriteria Diagnosa

- a. Riwayat kontak dengan penderita campak
- b. Stadium/masa inkubasi. Lebih kurang 10-12 hari dengan sedikit gejala (bila ada), tanda 3C (Conyungtivitis Coryza dan cough).
- c. Stadium prodromal (erupsi) : Ruam makulo popular, biasanya dimulai dari leher/belakang telinga kemudian ke daerah muka, badan, anggota badan disertai panas tinggi.

d. Stadium konvalesens (stadium akhir) : dengan ruam (*rash*) menjadi hipermentasi dan kadang-kadang deskuamasi, gejala menghilang.

Diagnosis Banding penyakit campak

1. Rubella (Campak Jerman), terdapat pembesaran kelenjar getah bening di belakang telinga.
2. DBD, bias terjadi mimisan, tourniquet test (Rumple leede) positif, pendarahaan diikuti syok, laboratorium menunjukkan trombosit < 100.000/ml dan serologis positif IgM DHF (specimen akut dan specimen penyembuhan)
3. Cacar air (Varicella), ditemukan vesikula atau gelembung berisi cairan.
4. Alergi obat, kemerahan di tubuh setelah minum obat/disuntik. Disertai gatal-gatal.
5. Miliria atau keringat buntet: gatal-gatal, bintik kemerahan.

2.2.10 Terapi

Sapai saat ini belum ada terapi (Antivirus) yang dianjurkan. Tetapi terapi yang biasa dilakukan antara lain :

1. Simtomatik : antipiretika, antikonvulsi bila diperlukan
2. Suportif
 - a. Istirahat cukup
 - b. Mempertahankan status nutrisi dan hidrasi
 - c. Perawatan kulit dan mata
 - d. Perawatan lain sesuai penyulit yang terjadi
3. Antibiotik bila ada infeksi sekunder bakteri
4. Vitamin A dosis tinggi

2.2.11 Pencegahan Campak

Penyakit anak yang dapat dicegah dengan imunisasi salah satunya adalah campak, di Negara *berkembang* ada dua faktor yang menyebabkan penyakit campak terjadi lebih berat, yaitu penyakit ini menyerang anak pada usia yang jauh lebih muda dan keadaan gizi anak yang relative kurang baik.

Blak (1982) menambahkan satu faktor lagi, yaitu titer anti bodi maternal yang rendah (Markum, 2000)

Pemberian vaksin campak merupakan suatu cara atau usaha untuk mendapatkan (meningkatkan kekebalan terhadap penyakit campak). Secara teoritis, tujuan dari imunisasi bukanlah untuk mengurangi angka kematian melainkan untuk mengurangi angka kesakitan (Markum, 2010)

Di beberapa negara maju, jadwal pemberian dosis pertama vaksin campak adalah umur 12-15 bulan. Sedangkan anak sekolah diberikan kombinasi campak dengan *Reubella* dan gondrongan (*mumps*) yakni MMR ketika anak berumur antara empat tahun hingga enam tahun. Untuk para wisatawan atau keluarga yang hendak berpergian khususnya kunjungan ke negara berkembang, maka pemberian vaksin campak dianjurkan, kini sedang dikembangkan vaksin yang lebih efektif lagi (Fahmi, 2009)

Diantara vaksin, maka vaksin campak memiliki potensi reaksi simpang yang harus diperhatikan. Vaksin campak tidak boleh diberikan, ketika anak sedang menderita infeksi saluran napas, atau transfusi darah, juga harus menunda vaksin campak setelah tiga bulan. Anak yang memiliki kekebalan rendah tidak dianjurkan untuk mendapatkan vaksin ini, serta tentu saja anak-anak menderita TBC yang tidak diobati harus disembuhkan terlebih dahulu penyakitnya. Wanita hamil sama sekali tidak diperbolehkan mendapatkan vaksin campak (Fahmi, 2009)

2.2.12 Jenis Imunisasi Campak

Ada 2 jenis kekebalan yang bekerja pada tubuh yaitu :

1. Kekebalan Aktif

Imunisasi awal campak biasanya diberikan pada umur 9 bulan. Bila vaksinasi diberikan pada bayi yang berumur kurang dari 9 bulan maka tidak dapat menghasilkan kekebalan yang baik karena gangguan dari antibody yang dibawa sejak lahir yang diperoleh dari ibunya sewaktu bayi masih dalam kandungan.

Vaksin campak dianjurkan untuk diberikan pada anak yang berumur 9-12 bulan. Penelitian Depkes dan Kesos mengenai kadar immunoglobulin pada 200 anak sekolah pada tahun 1998, menunjukkan status anti bodi campak hanya mencapai 71,9% sehingga pada umur 6-11 tahun jumlah anak yang rentan pada infeksi campak cukup tinggi yaitu 26-32,2%. Atas dasar penelitian tersebut ulangan imunisasi campak diberikan pada usia masuk sekolah (umur 6-7 tahun) melalui program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)

2. Imunisasi Pasif

Imunisasi pasif dengan serum dewasa atau gama globulin adalah efektif untuk pencegahan dan memperkecil angka kesakitan campak. Campak dapat dicegah dengan pemberian “imunisasi serum globulin” dengan dosis 0,25 ml/kg BB IM, dalam waktu 5 hari sesudah terpapar, tetapi lebih dianjurkan diberikan sesegera mungkin, tapi jarang diberikan (Markum, 2010)

2.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Imunisasi

Menurut Notoatmodjo (2010), yang mengutip pendapat Green, mengemukakan Analisisnya faktor perilaku ditentukan oleh 3 faktor yaitu: faktor-faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, keyakinan, sikap, kepercayaan, budaya, nilai-nilai dan sebagainya yang ada di alam masyarakat tersebut: faktor-faktor pendukung yang meliputi lingkungan fisik (tersedia atau tidak tersedianya fasilitas), untuk menunjang seseorang bertindak atau berperilaku: dan faktor-faktor pendorong yang meliputi dalam sikap, perilaku, pengetahuan, keahlian para petugas dalam melayani kesehatan di masyarakat. Dari berbagai permasalahan di atas, serta adanya dukungan dari beberapa teori, dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi perilaku masyarakat dalam imunisasi campak adalah faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan, pendidikan, ekonomi), pendukung (jarak fasilitas pelayanan kesehatan) dan pendorong (Tindakan tokoh masyarakat, tindakan tokoh agama, dan tindakan petugas imunisasi) sehingga mengakibatkan

rendahnya cakupan imunisasi campak, berikut ini dijelaskan beberapa faktor yang berhubungan dengan rendahnya imunisasi campak yang diaplikasikan dengan teori perilaku dalam (Emi Hartati, 2008)

2.3.1 Pengetahuan

Pengetahuan adalah pemberian bukti oleh seseorang melalui proses pengingatan atau pengenalan suatu informasi, ide atau fenomena yang diperoleh sebelumnya. Bloom (1908) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari belajar dan mengetahui sesuatu, hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. (Notoatmodjo, 2010)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2005). Menurut Bloom yang dikutip Notoatmodjo, pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa oaring tahu tentang apa yang dipelajari

antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

2.3.2 Sikap

a. Pengertian Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. (Notoatmodjo, 2010)

Banyak sosiologi dan psikolog memberi batasan bahwa sikap merupakan kecenderungan individu untuk merespon dengan cara yang khusus terhadap stimulus yang ada dalam lingkungan social. Menurut Howard dan Kondler (1974) bahwa sikap merupakan suatu kecenderungan untuk mendekati atau menghindari, positif atau negatif, terhadap berbagai keadaan sosial, apakah itu institusi, pribadi, situasi, ide, konsep dan sebagainya. Gadne (1974) mengatakan bahwa sikap merupakan suatu keadaan internal (*internal state*) yang mempengaruhi pilihan tindakan individu terhadap beberapa obyek, pribadi atau peristiwa.

Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan yang tidak mendukung (*un favorable*) pada objek tersebut. (Berkowitz, 1972 dalam Azwar 2005)

Nilai (*value*) dan opini (*opinion*) atau pendapatan sangat erat berkaitan dengan sikap, bahkan kedua konsep tersebut seringkali digunakan dalam

definisi-definisi mengenai sikap. Kadang-kadang dijumpai pula pemakaian istilah sikap, nilai, dan opini yang disamakan atau dipertukarkan artinya. Jadi nilai bersifat lebih mendasar dan stabil sebagai bagian dari ciri kepribadian, sikap bersifat evaluatif dan berakar pada nilai yang dianut dan terbentuk dalam kaitan dengan suatu objek, sedangkan opini merupakan sikap yang lebih spesifik dan sangat situasional serta lebih mudah berubah (Azwar 2005)

b. Struktur sikap

Struktur sikap terdiri atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu komponen kognitif (*cognitive*), komponen afektif (*affective*), dan komponen konatif (*conative*). (Azwar, 2005)

Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional, dan komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki seseorang. (Azwar, 2005)

Menikuti skema triadic, struktur sikap terdiri dari atas tiga komponen yang saling menunjang yaitu:

1. Komponen kognitif

Berisi pengetahuan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

Komponen kognitif berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap. Kepercayaan datang dari apa yang telah dilihat atau apa yang telah diketahui. Berdasarkan apa yang dilihat kemudian terbentuk suatu ide atau gagasan mengenai sifat atau karakteristik umum suatu objek. (Azwar, 2005)

Sekali kepercayaan telah terbentuk, maka akan menjadikan dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari objek tertentu. Dengan demikian, interaksi dengan pengalaman di masa datang serta prediksi mengenai pengalaman akan lebih mempunyai arti dan keteraturan. Tanpa adanya sesuatu yang dipercayai, maka

fenomena dunia di sekitar pasti menjadi terlalu kompleks untuk dihayati dan sulit untuk ditafsirkan artinya.

Kepercayaan dapat terus berkembang. Pengalaman pribadi, apa yang diceritakan orang lain, dan kebutuhan emosional merupakan determinan utama dalam terbentuknya kepercayaan. Kepercayaan sebagai komponen kognitif tidak selalu akurat. Kadang-kadang kepercayaan terbentuk justru dikarenakan kurang atau tiadanya informasi yang benar mengenai objek yang dihadapi. (Azwar, 2005)

2. Komponen afektif

Komponen afektif menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu. Namun, pengertian perasaan pribadi seringkali sangat berbeda perwujudannya bila dikaitkan dengan sikap.

Reaksi emosional yang merupakan komponen afektif banyak dipengaruhi oleh kepercayaan atau apa yang dipercayai sebagai benar dan berlaku bagi objek termaksud. (Azwar, 2005).

Menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap.

3. Komponen konatif

Merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu disesuaikan dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. (Azwar, 2005)

Komponen konatif struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Maksudnya, bagaimana orang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaannya terhadap stimulus tersebut. Kecenderungan berperilaku secara konsisten, selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual. Karena itu,

adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang akan dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku terhadap objek.

Konsistensi antara kepercayaan sebagai komponen kognitif, perasaan sebagai komponen afektif, dengan tendensi perilaku sebagai komponen konatif seperti itulah yang menjadi landasan dalam usaha penyimpulan sikap yang dicerminkan oleh jawaban terhadap skala sikap.

Pengertian kecenderungan berperilaku menunjukkan bahwa komponen konatif meliputi bentuk perilaku yang tidak hanya dapat dilihat secara langsung, akan tetapi meliputi pula bentuk-bentuk perilaku yang berupa pernyataan atau perkataan yang diucapkan oleh seseorang. (Azwar, 2005)

c. Kalsifikasi sikap

Menurut Gerungan (2000), Sikap dapat pula dikalsifikasikan menjadi sikap individu dan sikap social. Sikap social dinyatakan oleh cara-cara kegiatan yang sama dan berulang-ulang terhadap obyek social, dan biasanya dinyatakan oleh sekelompok orang atau masyarakat. Sedangkan sikap individu, adalah sikap yang dimiliki dan dinyatakan oleh seseorang

d. Tingkatan sikap

Sikap terdiri dari beberapa tingkatan yaitu:

1. Menerima (Receiving)

Menerima diartikan bahwa orang atau objek memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

2. Merespon (Responding)

Memberi jawaban apabila ditanya, menjelaskan dan menjelaskan tugas yang diberikan merupakan indikasi dari sikap, karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah bahwa orang menerima ide tersebut

3. Menghargai (Valuing)

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

4. Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (Notoatmodjo, 2004)

e. Karakteristik Sikap

Menurut Bringham (1991) ada beberapa ciri sifat (karakteristik) dasar dari sikap, yaitu:

1. Sikap disimpulkan dari cara-cara individu bertingkah laku.
2. Sikap ditujukan mengarah kepada objek psikologis atau kategori, dalam hal ini skema yang dimiliki orang menentukan bagaimana mereka mengkategorisasikan *target object* dimana sikap diarahkan.
3. Sikap dapat dipelajari melalui tingkah laku seseorang.
Sikap mempengaruhi perilaku. Suatu sikap yang mengarah pada suatu objek memberikan satu alasan untuk berperilaku mengarah pada objek itu dengan suatu cara tertentu.

f. Pembentukan dan Perubahan Sikap

Menurut Bimo Walgito (1980) bahwa pembentukan dan perubahan sikap akan di tentukan oleh dua faktor, yaitu :

1. Faktor internal (individu itu sendiri), yaitu cara individu dalam menanggapi dunia luarnya dengan selektif sehingga tidak semua yang datang akan di terima atau di tolak.
2. Faktor eksternal, yaitu keadaan-keadaan yang ada di luar individu yang merupakan stimulus untuk membentuk atau mengubah sikap.
(Azwar, 2005)

Pada pengukuran sikap diukur dengan menggunakan skala likert, skala likert digunakan untuk mengukur sikap, persepsi seseorang atau sekelompok kejadian atau gejala sosial yang telah ditetapkan yang selanjutnya disebut variabel penelitian dari setiap variabel penelitian

akan dijabarkan menjadi sub variabel dan indikator-indikator yang akan membentuk item pertanyaan-pertanyaan yang perlu dijawab oleh responden dimana untuk setiap pernyataan positif diberikan nilai sebagai berikut:

Sangat setuju (SS)	: 5
Setuju (S)	: 4
Netral (RR)	: 3
Tidak setuju (ST)	: 2
Sangat tidak setuju (STS)	: 1

Kemudian sebaliknya untuk pernyataan negatif diberikan nilai sebagai berikut:

Sangat setuju (SS)	: 1
Setuju (S)	: 2
Ragu-Ragu (RR)	: 3
Tidak setuju (ST)	: 4
Sangat tidak setuju (STS)	: 5

2.3.3 Status Ekonomi

Kemampuan rumah tangga untuk memperoleh penghasilan memberikan batasan terhadap status gizi (Harper 1986 dalam Heri Kurniasih, 2002). Kemampuan membeli makanan ditentukan oleh pendapatan yang diperoleh suatu keluarga. Jika pendapatannya cukup, maka daya beli keluarga tersebut tergolong mampu. Kemampuan daya beli terhadap makanan ini menentukan status gizi setiap orang di dalam keluarga.

Meningkatnya pendapatan perorangan, maka terjadilah perubahan-perubahan dalam susunan makanan. Akan tetapi pengeluaran uang lebih banyak untuk pangan tidak menjamin lebih beragamnya konsumsi pangan. Kadang-kadang perubahan utama yang terjadi dalam kebiasaan makanan ialah yang dimakan itu lebih mahal (Kurniasih, 2002)

Tingkat pendapatan dapat mempengaruhi jenis pangan yang akan dibeli, pada saat pendapatan seseorang tinggi cenderung lebih besar dalam pembelian sayur mayur, buah dan berbagai jenis pangan yang lain selain makanan pokok. Jika penghasilan perkapita suatu bangsa bertambah besar, maka kedudukan bahan pangan semakin bertambah pula. Status ekonomi berpengaruh positif terhadap status gizi. Tingkat penghasilan juga ikut menentukan jenis pangan apakah yang akan dibeli. Jadi penghasilan merupakan faktor yang penting bagi kuantitas dan kualitas makanan. Antara penghasilan dan gizi diperoleh hubungan yang menguntungkan (Aritonang, 2010)

Setiap hari manusia beraktifitas berupa mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Penghasilan diperoleh dengan bekerja dan digunakan untuk memenuhi keperluan sehari-hari, seperti pangan, sandang, papan, obat-obat dan lain-lain. Pendapatan berupa uang melalui kucuran keringat bukan saja halal, namun dapat berguna bagi orang lain (Aritonang, 2010)

Kemampuan rumah tangga untuk memperoleh penghasilan memberikan batasan terhadap status gizi (Harper 1986 dalam Heri Kurniasih, 2002). Kemampuan membeli makanan ditentukan oleh pendapatan yang diperoleh suatu keluarga. Jika pendapatannya cukup, maka daya beli keluarga tersebut tergolong mampu. Kemampuan daya beli terhadap makanan ini menentukan status gizi setiap orang di dalam keluarga.

Meningkatnya pendapatan perorangan, maka terjadilah perubahan-perubahan dalam susunan makanan. Akan tetapi pengeluaran uang lebih banyak untuk pangan tidak menjamin lebih beragamnya konsumsi pangan. Kadang-kadang perubahan utama yang terjadi dalam kebiasaan makanan ialah yang dimakan itu lebih mahal.

Tingkat pendapatan dapat mempengaruhi jenis pangan yang akan dibeli, pada saat pendapatan seseorang tinggi cenderung lebih besar dalam pembelian sayur mayur, buah dan berbagai jenis pangan yang lain selain makanan pokok. Jika penghasilan perkapita suatu bangsa bertambah besar, maka kedudukan bahan pangan semakin bertambah pula. Status ekonomi

berpengaruh positif terhadap status gizi. Tingkat penghasilan juga ikut menentukan jenis pangan apakah yang akan dibeli. Jadi penghasilan merupakan faktor yang penting bagi kuantitas dan kualitas makanan. Antara penghasilan dan gizi diperoleh hubungan yang menguntungkan.

2.3.4 Persepsi

a. Pengertian Persepsi

Persepsi dapat didefinisikan sebagai suatu proses yang ditempuh individu-individu untuk mengorganisasikan dan menafsirkan indera mereka agar memberi makna kepada lingkungan mereka.

Persepsi dapat didefinisikan sebagai suatu proses yang ditempuh individu-individu untuk mengorganisasikan dan menafsirkan indera mereka agar memberi makna kepada lingkungan mereka.

Persepsi merupakan suatu proses yang dilakukan oleh penginderaan yaitu merupakan proses diterimanya stimulasi oleh individu melalui responnya. Stimulasi dilanjutkan kesusunan saraf otak dan terjadilah proses psikologi sehingga individu mengalami persepsi (Walgito, 2007). Menurut Atkinson (1994) persepsi adalah proses dimana kita mengorganisasikan dan menafsirkan pola stimulus dari lingkungan dan persepsi berkaitan dengan proses kognitif.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa persepsi adalah suatu proses penangkapan stimulus yang kemudian disimpulkan menjadi suatu yang bermakna dan berarti melalui proses seleksi, organisasi dan interpretasi. Persepsi membantu individu dalam memilih perilaku individu tersebut. Persepsi juga merupakan suatu proses kognisi yang melibatkan cara-cara dimana individu memproses informasi yang didapatnya dengan proses kognisi tersebut timbul perbedaan dan keunikan masing-masing individu yang mempersepsikan

b. Ciri-Ciri Umum Persepsi

Penginderaan terjadi dalam suatu konteks tertentu konteks ini disebut sebagai dunia persepsi. Agar dihasilkan suatu penginderaan, ada ciri-ciri umum tertentu dalam dunia persepsi yaitu :

1. Rangsangan-rangsangan yang diterima harus sesuai dengan modalitas tiap-tiap indera, yaitu sifat sensoris dasar dari masing-masing indera (cahaya untuk penglihatan, bau untuk penciuman, suhu untuk peraba, bunyi untuk pendengaran, sifat permukaan untuk perubahan).
2. Dunia persepsi mempunyai dimensi waktu, seperti cepat lambat, tua muda dan lain-lain.
3. Dunia persepsi mempunyai sifat ruang (dimensi ruang), kita dapat menyatukan atas bawah, tinggi rendah, luas sempit dan lain-lain.
4. Objek-objek atau gejala-gejala dalam dunia pengamatan mempunyai struktur yang menyatu dengan konteksnya. Struktur dan konteks ini merupakan keseluruhan ruang tertentu, tidak berdiri sendiri tetapi dalam ruang tertentu, letak atau posisi tertentu dan lain-lain

c. Persepsi Masyarakat Terhadap Petugas Kesehatan

Pekerjaan dapat berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kesibukan pada pekerjaan akan mempengaruhi seseorang dalam membuat keputusan mencari pengobatan. Hal ini didasarkan pada bagaimana individu menghargai dan menilai produktivitas waktunya. Robinson (1971) dalam Notoatmodjo, dalam studi mengenai tindakan yang dilakukan oleh keluarga pada saat adanya gejala-gejala penyakit menemukan bahwa individu cenderung untuk lebih takut terhadap kehilangan pekerjaan daripada ancaman penyakit (Becker, 1974 dalam Notoatmodjo) pekerjaan atau penghasilan suami merupakan tolak ukur keberhasilan contohnya pemanfaatan pemeriksaan kehamilan, ibu dengan suami pegawai negeri cenderung lebih cenderung memeriksakan kehamilannya di Puskesmas dibandingkan dengan ibu hamil dengan suami petani atau buruh (Wibowo, 1988 dalam Notoatmodjo, 2003)