

**GAMBARAN SIKAP ORANGTUA TENTANG PELAKSANAAN IMUNISASI
MR (MEASLES-RUBELLA) DI DESA CIMAJA PALABUAN RATU
KABUPATEN SUKABUMI
TAHUN 2018**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan
Pendidikan Program Studi D III Kebidanan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

**IMAT SRI NURHAYATI
NIM : CK.1.15.012**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
PROGRAM STUDI D.III KEBIDANAN
B A N D U N G
2 0 1 8**

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : GAMBARAN SIKAP ORANGTUA TENTANG
PELAKSANAAN IMUNISASI MR (*MEASLES-RUBELLA*) DI
DESA CIMAJA PALABUAN RATU KABUPATEN SUKABUMI
TAHUN 2018

Nama : IMAT SRI NURHAYATI

NIM : CK.1.15.012

Telah pada Sidang Laporan Tugas Akhir
Program Studi D-III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Bandung, Agustus 2018

Pembimbing



Ning Hayati, S.ST., M.Kes.

Mengetahui

**Ketua Program Studi Kebidanan
STIKes Bhakti Kencana Bandung**



Dewi Nurlaela Sari, M.Keb.

LEMBAR PENGESAHAN


Judul : GAMBARAN SIKAP ORANGTUA TENTANG PELAKSANAAN IMUNISASI MR (*MEASLES-RUBELLA*) DI DESA CIMAJA PALABUAN RATU KABUPATEN SUKABUMI TAHUN 2018

Nama : IMAT SRI NURHAYATI

NIM : CK.1.15.012

Telah mengikuti sidang Laporan Tugas Akhir
di STIKes Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



Desi Trisiani, SKM., M.Kes.

Penguji II



Dewi Nurlaela Sari, M.Keb.

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,



R. Siti Jurdiah, S.Kp., M.Kep.

ABSTRAK

Sikap merupakan hal mendasar setelah pengetahuan dalam pelaksanaan imunisasi MR yang dilakukan oleh orangtua pada anaknya. Kepedulian orangtua berupa sikap mendukung untuk pelaksanaan imunisasi terhadap anaknya menjadi salah satu faktor utama dalam pemberian imunisasi. Puskesmas terendah dalam pelaksanaan imunisasi MR yaitu di Puskesmas Cikakak Sukabumi hanya mencapai 44,71% dari target 100%, dan yang paling rendah yaitu di Desa Cimaja yang hanya 9,7%.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran sikap orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi tahun 2018.

Desain penelitian menggunakan deskriptif. Populasi sebanyak 658 orang dan pengambil sampel dengan *purposive sampling* sehingga didapatkan sampel sebanyak 87 orang. Pengambilan data secara primer yaitu membagikan kuesioner dengan analisa data menggunakan analisis univariat.

Hasil penelitian didapatkan bahwa sikap kognitif orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR lebih dari setengahnya tidak mendukung sebanyak 45 orang (51,7%). Sikap afektif orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR lebih dari setengahnya tidak mendukung sebanyak 49 orang (56,3%). Sikap konatif orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR lebih dari setengahnya tidak mendukung sebanyak 47 orang (54,1%).

Simpulan didapatkan bahwa sikap orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR tidak mendukung. Saran bagi pihak puskesmas untuk dapat meningkatkan pemberian informasi mengenai pentingnya imunisasi MR dengan menggunakan media poster ataupun leaflet sehingga masyarakat mau melakukan imunisasi MR.

Kata kunci : Sikap Kognitif, Afektif, Konatif, Imunisasi MR
Daftar Pustaka : 17 Sumber (Tahun 2009-2016).

ABSTRACT

Attitudes are fundamental after the knowledge in the implementation of MR immunization carried out by parents on their children. Parental care in the form of supporting attitudes for the implementation of immunization against their children is one of the main factors in immunization. The lowest health center in the implementation of MR immunization at the Cikakak Sukabumi Health Center only reached 44.71% of the target of 100%, and the lowest was in Cimaja Village which was only 9.7%.

The purpose of this study was to find out an overview of parental attitudes about the implementation of MR immunization in Cimaja Palabuan Ratu Village, Sukabumi District in 2018.

Research design using descriptive. The population is 658 people and sample takers with purposive sampling so that a sample of 87 people is obtained. Primary data retrieval is to distribute questionnaires with data analysis using univariate analysis.

The results showed that parental cognitive attitudes about the implementation of MR immunization more than half did not support as many as 45 people (51.7%). Parental affective attitudes about the implementation of MR immunization more than half did not support as many as 49 people (56.3%). Parental conative attitudes about the implementation of MR immunization more than half did not support as many as 47 people (54.1%).

Conclusions were obtained that parents' attitude about implementing MR immunization did not support. Suggestions for the health center to be able to increase the provision of information about the importance of MR immunization by using poster or leaflet media so that people want to carry out MR immunization.

Keywords: Cognitive, Affective, Conative, MR Immunization

Bibliography: 17 Resources (2009-2016).

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur yang tiada henti penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala nikmat dan karunia yang selalu diberikan-Nya. Shalawat serta Salam semoga terlimpah untuk junjunan kita Nabi Muhammad SAW.

Alhamdulillah dengan perjuangan serta mengharap Ridho Allah SWT akhirnya penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang sederhana ini dengan judul **“GAMBARAN SIKAP ORANGTUA TENTANG PELAKSANAAN IMUNISASI MR (*MEASLES-RUBELLA*) DI DESA CIMAJA PALABUAN RATU KABUPATEN SUKABUMI TAHUN 2018”**.

Terselesainya penyusunan laporan tugas akhir ini merupakan kebahagiaan tersendiri bagi penulis. Keberhasilan dalam menjalani berbagai proses yang harus diperjuangkan tidak terlepas dari berbagai bantuan dan kesempatan yang diberikan. Oleh sebab itu Penulis ingin menyampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam terwujudnya laporan tugas akhir ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes, selaku Setua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Dewi Nurlaela Sari, M.Keb., selaku Ketua Program Studi Kebidanan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

4. Ning Hayati, S.ST., M.Kes. selaku pembimbing yang telah membantu mewujudkan proposal ini dengan runtut dari awal penentuan judul hingga selesai. Terima kasih banyak pak atas ilmu yang telah diberikan, bimbingan serta waktu yang telah diberikan disela-sela kesibukan.
5. Kedua orang tua tercinta yang telah mendukung dan memotivasi penulis untuk terus berjuang menggapai cita-cita yang diinginkan
6. Semua pihak yang telah membantu dan mendukung penyelesaian laporan tugas akhir ini.

Harapan penulis semoga laporan tugas akhir ini mengingatkan kita untuk selalu semangat dan mau berusaha seperti pada saat kita ingin segera menyelesaikannya dan mendapat gelar Ahli Madya Kebidanan. Namun penulis kurang puas dengan hasil penelitian ini, sehingga harus ada penelitian selanjutnya yang mungkin bisa lebih akurat lagi.

Bandung, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Sikap	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Komponen Dasar Sikap	8
2.1.3 Cara Pembentukan Sikap.....	9
2.1.4 Tingkatan Sikap.....	9
2.1.5 Pengukuran Sikap	10
2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap	12

2.2	Imunisasi	13
2.2.1	Pengertian.....	13
2.2.2	Tujuan	14
2.2.3	Manfaat	14
2.2.4	Jenis Imunisasi	15
2.3	Imunisasi MR (<i>Measles-Rubella</i>).....	17
2.3.1	Pengertian Campak dan Rubella	17
2.3.2	Vaksin MR.....	18
2.3.3	Epidemiologi Campak dan Rubella.....	19
2.3.4	Kampanye Imunisasi MR.....	22
2.3.5	Pelaksanaan Imunisasi MR.....	26
2.4	Perilaku Dipengaruhi oleh Sikap	38

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1	Desain Penelitian	40
3.2	Populasi dan Sampel	40
3.3	Kerangka Pemikiran dan Kerangka Konsep.....	43
3.4	Definisi Operasional	45
3.5	Pengumpulan Data.....	45
3.6	Langkah-Langkah Penelitian.....	48
3.7	Pengolahan Data dan Analisa Data	49
3.8	Lokasi dan Waktu Penelitian	51

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	52
4.2 Pembahasan	55

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan	60
5.2 Saran	60

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
3.1 Pengambilan Sampel.....	42
3.2 Definisi Operasional.....	45
3.3 Kategori Pertanyaan Berdasarkan Skala Likert.....	49
4.1 Distribusi Frekuensi Sikap Kognitif Orangtua tentang Pelaksanaan Imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi Tahun 2018.....	52
4.2 Distribusi Frekuensi Sikap Afektif Orangtua tentang Pelaksanaan Imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi Tahun 2018.....	53
4.3 Distribusi Frekuensi Sikap Konatif Orangtua tentang Pelaksanaan Imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi Tahun 2018.....	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
2.1	Manfaat Vaksin MR.....	18
2.2	Skema pelayanan di sekolah.....	27
2.3	Skema Pelayanan di Posyandu.....	27
2.4	Cara Penyimpanan Vaksin dalam <i>vaccine carrier</i>	29
2.5	Cara meletakkan vaksin sudah dipakai	32
2.6	Cara pemakaian ADS dan Memasukkan Vaksin Kedalam ADS..	35
2.7	Sudut Kemiringan Penyuntikan.....	35
3.1	Kerangka Konsep	44

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kisi-kisi Kuesioner Uji Validitas
- Lampiran 2 : Kuesioner Uji Validitas
- Lampiran 3 : Hasil Perhitungan Uji Validitas
- Lampiran 4 : Kisi-kisi Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 6 : Hasil Perhitungan Penelitian
- Lampiran 7 : Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap tahun lebih dari 1,4 juta anak di dunia meninggal karena berbagai penyakit yang menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam penyakit yang dapat dicepat dengan imunisasi (PD3I) antara lain: TBC, Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Pertusis, Campak, Polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru. Anak yang telah diberi imunisasi akan terlindungi dari berbagai penyakit berbahaya tersebut, yang dapat menimbulkan kecacatan atau kematian (Kemenkes, 2014)

Pentingnya imunisasi menjadi salah satu faktor penting untuk mencegah wabah penyakit berbahaya. Wabah polio tahun 2005-2006 di Sukabumi karena banyak bayi balita tidak diimunisasi polio, dalam beberapa bulan virus polio menyebar cepat ke Banten, Lampung, Madura, sampai Aceh, menyebabkan 385 anak lumpuh permanen. Wabah campak di Jawa Tengah dan Jawa Barat 2009-2011 mengakibatkan 5818 anak di rawat di rumah sakit, 16 anak meninggal, terutama yang tidak diimunisasi campak. Wabah difteri dari Jawa Timur 2009 - 2011 menyebar ke Kalimantan Timur, Selatan, Tengah, Barat, DKI Jakarta, menyebabkan 816 anak harus di rawat di rumah sakit, 54 meninggal rentang usia 1-5 tahun terutama yang imunisasinya belum lengkap atau belum pernah imunisasi DPT (IDAI, 2013).

Sepanjang tahun 2010 sampai 2015 di Indonesia terdapat 23.164 kasus campak dan 30.463 kasus rubella. Jumlah kasus tersebut belum termasuk angka kejadian sebenarnya di lapangan, karena masih banyaknya kasus yang tidak dilaporkan terutama dari pelayanan kesehatan swasta serta kelengkapan laporan surveilans yang masih rendah (Kemenkes RI, 2017).

Salah satu program kesehatan di Indonesia untuk menghasilkan generasi sehat dan berkualitas dilakukan melalui kegiatan imunisasi. Imunisasi selalu dikaitkan dengan angka kesakitan dan kematian pada bayi. Hal ini dikarenakan pemberian imunisasi terhadap berbagai penyakit. Dalam hal ini pemerintah mencanangkan program imunisasi yang diwajibkan terutama pada bayi usia (usia 0-12 bulan), dengan hasil beberapa penyakit berbahaya dapat teratasi (Lisnawati, 2011).

Imunisasi biasanya lebih fokus diberikan kepada anak-anak karena sistem kekebalan tubuh mereka masih belum sebaik orang dewasa, sehingga rentan terhadap serangan penyakit berbahaya. Imunisasi tidak cukup hanya dilakukan satu kali, tetapi harus dilakukan secara bertahap dan lengkap terhadap berbagai penyakit yang sangat membahayakan kesehatan dan hidup anak (Ningrum, 2015).

Program imunisasi yang telah diwajibkan oleh pemerintah pada seluruh anak Indonesia bertujuan untuk memperoleh imunisasi dasar, yang ditujukan untuk penyakit-penyakit utama yaitu TBC, Difteria, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak dan Hepatitis B (Kemenkes RI, 2014).

Terlepas dari pelaksanaan imunisasi dasar, adanya pelaksanaan imunisasi di luar imunisasi dasar yang diwajibkan oleh pemerintah yang dilakukan serentak di seluruh Indonesia sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tersebut. Pada tahun 2017 di Indonesia, pemerintah secara serentak menggelar imunisasi campak dan rubella atau *Measles-Rubella* secara gratis di seluruh pulau Jawa, untuk bayi usia 9 bulan hingga anak usia kurang 15 tahun yang manfaatnya mencegah penyakit campak dan rubella. Vaksinasi dilakukan di sekolah, posyandu, hingga puskesmas. Dalam pelaksanaannya tidak semua anak dilakukan vaksinasi, hal ini salah satunya dikarenakan orangtua yang tidak mau melakukan imunisasi tersebut.

Imunisasi MR yang dilakukan oleh orangtua terhadap anaknya merupakan suatu perilaku. Secara umum perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya perilaku seseorang ditentukan oleh tiga faktor. *Pertama*, faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap dan persepsi. *Kedua*, faktor pendukung (*enabling factors*), seperti lingkungan fisik misalnya media informasi dan sarana kesehatan. *Ketiga*, faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam dukungan keluarga keluarga dan dukungan teman sebayanya (Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2013).

Sikap merupakan hal mendasar setelah pengetahuan dalam pelaksanaan imunisasi MR yang dilakukan oleh orangtua pada anaknya. Kepedulian orangtua berupa sikap mendukung untuk pelaksanaan imunisasi terhadap anaknya menjadi salah satu faktor utama dalam pemberian imunisasi. Kepedulian orangtua tersebut dilatarbelakangi oleh pengetahuan yang

akhirnya orangtua tahu, mau dan mampu melaksanakan imunisasi dasar secara lengkap demi kesehatan anaknya (Azwar, 2013).

Masalah yang sering muncul mengenai kejadian pelaksanaan imunisasi MR kaitannya dengan sikap karena masyarakat menganggap kejadian penyakit campak dan rubella merupakan penyakit yang biasa dan tidak akan diderita oleh anaknya, sehingga pada saat ada program pemerintah untuk pelaksanaan imunisasi MR, masyarakat menganggap kegiatan tersebut tidak perlu dilakukan.

Berdasarkan studi pendahuluan, di wilayah kerja Puskesmas Cikakak Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi, didapatkan pada saat pelaksanaan imunisasi MR sampai akhir bulan September 2017 pelaksanaan imunisasi MR hanya mencapai 44,71% dari target 100%, dan yang paling rendah yaitu di Desa Cimaja yang hanya 9,7% (dari jumlah 729 orang, yang diimunisasi hanya 71 orang dan yang tidak diimunisasi sebanyak 658 orang). Hasil wawancara terhadap 10 orang ibu dengan balita yang tidak dilakukan imunisasi didapatkan bahwa 6 orang tidak melakukan imunisasi dikarenakan mereka beranggapan merasa tidak penting melakukan imunisasi tersebut dan 4 orang mengatakan bahwa imunisasi tidak diperbolehkan oleh agama.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran sikap orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi tahun 2018.”

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana gambaran sikap orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi tahun 2018.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran sikap orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Bagaimana gambaran sikap kognitif orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi tahun 2018.
2. Bagaimana sikap afektif orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi tahun 2018
3. Bagaimana sikap konatif orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR di Desa Cimaja Palabuan Ratu Kabupaten Sukabumi tahun 2018

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menerapkan materi yang telah dipelajari mengenai gambaran sikap orangtua tentang pelaksanaan imunisasi MR dan mengetahui sejauhmana masyarakat menanggapi imunisasi dasar tersebut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Pihak Dinas Kesehatan

Hasil penelitian dapat memberikan informasi kepada pihak dinas kesehatan untuk bisa menanggulangi permasalahan rendahnya cakupan pelaksanaan imunisasi MR.

1.4.2.2 Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini bisa menjadi rujukan atau sumber referensi bagi peneliti selanjutnya untuk mengkaji lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terhadap pelaksanaan imunisasi MR.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sikap

2.1.1 Pengertian

Sikap merupakan proses evaluatif dari dalam diri seseorang. Respon evaluatif berarti bahwa bentuk reaksi yang dinyatakan dalam sikap timbulnya didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu yang memberi kesimpulan terhadap stimulus dalam bentuk baik-buruk, mendukung-tidak mendukung, positif-negatif, menyenangkan-tidak menyenangkan yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap objek sikap (Azwar, 2013).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2013). Azwar (2013) menjelaskan sikap sebagai berikut :

1. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) ataupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*).
2. Sikap merupakan kecenderungan potensi untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada stimulus yang membutuhkan respon.
3. Sikap merupakan komponen-komponen kognitif, afektif dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan dan berperilaku terhadap objek.

4. Sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal berperasaan (*kognisi*), predisposisi tindakan (*konasi*) seseorang terhadap suatu objek dilingkungan sekitarnya.
5. Sikap diperoleh melalui pengalaman pribadi, budaya, dari orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga keagamaan, serta faktor emosi dari dalam individu itu sendiri.

Dengan demikian sikap adalah proses evaluatif dalam diri seseorang terhadap suatu objek atau stimulus yang diterima baik dengan perasaan memihak atau menerima ataupun perasaan tidak memihak dan tidak menerima.

2.1.2 Komponen Dasar Sikap

Terdapat 3 komponen yang mendasar suatu sikap (Azwar, 2013), yaitu:

1. Kognitif, merupakan kepercayaan (*keyakinan*), ide dan konsep terhadap suatu objek tentang objek atau orang tersebut.
2. Afektif merupakan kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek yang didalamnya termasuk perasaan suka tidak suka terhadap suatu objek atau orang.
3. Perilaku konatif yaitu kecenderungan untuk bereaksi terhadap objek atau orang tersebut.

Ketiga komponen tersebut secara kesatuan membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

2.1.3 Cara Pembentukan Sikap

Proses pembentukan sikap terjadi dengan sistem adopsi dari orang lain yakni melalui satu proses yang disebut proses pembelajaran sosial. Dalam proses inipun dilalui dalam beberapa proses lainnya antara lain: (Notoatmodjo, 2013):

1. *Classical conditioning* adalah bentuk dasar dari pembelajaran di mana satu stimulus, yang awalnya netral menjadi memiliki kapasitas untuk membangkitkan reaksi melalui rangsangan yang berulang kali dengan stimulus lain. Dengan kata lain satu stimulus menjadi sebuah tanda bagi kehadiran stimulus lainnya.
2. *Instrumental conditioning* adalah bentuk dasar dari pembelajaran di mana respon yang menimbulkan hasil positif atau mengurangi hasil negatif yang diperkuat.
3. Pembelajaran melalui observasi adalah salah satu bentuk belajar di mana individu mempelajari tingkah laku atau pemikiran baru melalui observasi terhadap orang lain.
4. Perbandingan sosial adalah proses membandingkan diri kita dengan orang lain untuk menentukan apakah pandangan kita terhadap kenyataan sosial benar atau salah.

2.1.4 Tingkatan Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2013) yaitu:

1. Menerima (*receiving*). Dalam hal ini subjek mau menerima dan memperhatikan stimulus yang ada.
2. Merespon (*responding*). Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari jawabannya 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 yang ada, merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi.

2.1.5 Pengukuran Sikap

Salah satu aspek yang sangat penting guna memahami sikap dan perilaku manusia adalah masalah pengukuran (*assessment*) atau pengukuran (*measurement*) sikap. Sax menunjukkan beberapa karakteristik (*dimensi*) sikap yaitu arah, intensitas, keleluasan, konsistensi dan spontanisme. Berikut akan diuraikan dimensi-dimensi tersebut (Azwar, 2013).

Sikap mempunyai arah, artinya sikap terpilah pada dua arah kesetujuan, yaitu apakah setuju atau tidak setuju terhadap suatu objek. Orang yang setuju, mendukung atau memihak terhadap objek sikap berarti

memiliki yang arah positif dan sebaliknya. Sikap memiliki intensitas, artinya kedalaman atau kekuatan sikap terhadap sesuatu belum tentu sama walaupun arahnya mungkin tidak berbeda. Sikap juga memiliki keleluasan, maksudnya kesetujuan atau tidak kesetujuan terhadap suatu objek sikap.

Sikap memiliki konsistensi, maksudnya adalah kesesuaian antara pernyataan sikap yang dikemukakan dengan responnya terhadap objek sikap. Untuk dapat konsisten, sikap harus bertahan dalam diri individu untuk waktu yang relatif panjang. Karakteristik sikap yang terakhir adalah spontanitas, yaitu menyangkut sejauh mana kesiapan individu untuk menyatakan sikapnya secara spontan. Dalam berbagai bentuk skala sikap yang umumnya harus dijawab “setuju” atau “tidak setuju” spontanitas sikap ini pada umumnya tidak dapat terlihat (Wawan, 2013).

Pengukuran dan pemahaman sikap, idealnya harus mencakup dimensi tersebut. Tentu saja hal ini sangat sulit untuk dilakukan, tetapi biasanya pengukuran sikap hanya mengungkapkan dimensi arah dan dimensi intensitas sikap saja, yaitu dengan hanya menunjukkan kecenderungan sikap positif atau sikap negatif dan memberikan tafsiran mengenai derajat kesetujuan atau ketidaksetujuan terhadap respon individu (Azwar, 2013).

2.1.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Azwar (2013) mengemukakan faktor-faktor yang diduga memiliki pengaruh terhadap sebuah sikap, hal tersebut adalah :

1. Pengetahuan

Merupakan suatu bentuk dalam sistem pendidikan yang memiliki pengaruh besar dalam pembentukan sikap.

2. Pengalaman Pribadi

Hal ini diartikan bahwa apa yang sedang dialami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus yang datang.

3. Pengaruh Orang yang Dianggap Penting

Jiwa kita akan senantiasa menerima masukan, salah satunya kita akan senantiasa mengikuti apa yang dilakukan oleh orang yang kita anggap penting. Dalam hal ini juga, bahwa kedudukan orang yang dianggap penting juga akan mempengaruhi bagaimana respon kita terhadap stimulus yang datang.

4. Pengaruh Kebudayaan

Kebudayaan yang ada dan menaungi hidup seseorang memiliki pengaruh besar dalam membentuk opini seseorang dan kepercayaannya.

5. Media Massa

Berbagai macam media massa, akan bisa memberikan pengaruh terhadap pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Baik itu televisi, radio, koran, majalah, leaflet, pamflet dan lain-lain.

6. Pengaruh Faktor Emosi

Sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk dari ego.

2.2 Imunisasi

2.2.1 Pengertian

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten. Jadi Imunisasi adalah suatu usaha yang dilakukan dalam pemberian vaksin pada tubuh seseorang sehingga dapat menimbulkan kekebalan terhadap penyakit tertentu. Sedangkan kebal adalah suatu keadaan dimana tubuh mempunyai daya kemampuan mengadakan pencegahan penyakit dalam rangka menghadapi serangan kuman tertentu. Kebal atau resisten terhadap suatu penyakit belum tentu kebal terhadap penyakit lain. (Depkes RI, 2012).

Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan menderita penyakit tersebut. Jika kita berikan imunisasi berarti kita memberikan bibit penyakit yang telah dilemahkan atau dimatikan, vaksin menyebabkan tubuh anak

merriproduksi *antibody* tapi tidak menimbulkan penyakit bahkan anak menjadi kebal. Dalam hal ini, imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen sehingga jika terpapar antigen yang serupa tidak terjadi penyakit (Ranuh, 2014).

2.2.2 Tujuan

Pemerintah Indonesia sangat mendorong pelaksanaan program imunisasi sebagai cara untuk menurunkan angka kesakitan, kematian pada bayi, balita/ anak-anak pra sekolah. Adapun tujuan program imunisasi dimaksud bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi akibat Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Penyakit dimaksud antara lain: Difteri, Tetanus, Pertusis (batuk rejam), Measles (campak), Polio dan Tuberculosis.

2.2.3 Manfaat

Manfaat diberikannya imunisasi adalah dapat memberikan kekebalan pada tubuh terhadap penyakit. Manfaat imunisasi terdiri dari :

1. Untuk anak : mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian.
2. Untuk keluarga : menghilangkan kecemasan dan psikologi pengobatan bila anak sakit. Mendorong pembentukan keluarga apabila orang tua yakin akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman.

3. Untuk Negara : memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan bekal untuk melanjutkan pembangunan Negara (Soepardi, 2011).

2.2.4 Jenis Imunisasi

2.2.4.1 Imunisasi Aktif

Imunisasi aktif adalah tubuh anak sendiri membuat zat anti yang akan bertahan selama bertahun-tahun (Markum, 2012). Adapun tipe vaksin yang dibuat “hidup dan mati”. Vaksin yang hidup mengandung bakteri atau virus (germ) yang tidak berbahaya, tetapi dapat menginfeksi tubuh dan merangsang pembentukan antibodi. Vaksin yang mati dibuat dari bakteri atau virus, atau dari bahan toksit yang dihasilkannya yang dibuat tidak berbahaya dan disebut toxoid. (Markum, 2012).

2.2.4.2 Imunisasi Pasif

Imunisasi pasif adalah pemberian antibodi kepada resipien, dimaksudkan untuk memberikan imunitas secara langsung tanpa harus memproduksi sendiri zat aktif tersebut untuk kekebalan tubuhnya. Antibodi yang diberikan ditujukan untuk upaya pencegahan atau pengobatan terhadap infeksi, baik untuk infeksi bakteri maupun virus (Satgas IDAI, 2011).

Imunisasi pasif dapat terjadi secara alami saat ibu hamil memberikan antibodi tertentu ke janinnya melalui plasenta, terjadi di akhir trimester pertama kehamilan dan jenis antibodi yang ditransfer melalui plasenta adalah immunoglobulin G (IgG).

Transfer imunitas alami dapat terjadi dari ibu ke bayi melalui kolostrum (ASI), jenis yang ditransfer adalah immunoglobulin A (IgA). Sedangkan transfer imunitas pasif secara didapat terjadi saat seseorang menerima plasma atau serum yang mengandung antibodi tertentu untuk menunjang kekebalan tubuhnya. Kekebalan yang diperoleh dengan imunisasi pasif tidak berlangsung lama, sebab kadar zat-zat anti yang meningkat dalam tubuh anak bukan sebagai hasil produksi tubuh sendiri, melainkan secara pasif diperoleh karena pemberian dari luar tubuh. Salah satu contoh imunisasi pasif adalah Immunoglobulin yang dapat mencegah anak dari penyakit campak (measles). (Markum, 2012)

2.3 Imunisasi MR (*Measles-Rubella*)

2.3.1 Pengertian Campak dan Rubella

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

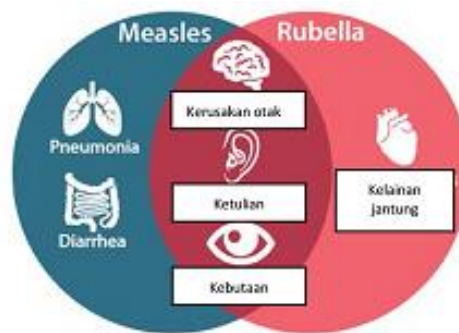
Rubella adalah penyakit akut dan ringan yang sering menginfeksi anak dan dewasa muda yang rentan. Akan tetapi yang menjadi perhatian dalam kesehatan masyarakat adalah efek teratogenik apabila rubella ini menyerang pada wanita hamil pada trimester pertama. Infeksi rubella yang terjadi sebelum konsepsi dan selama awal kehamilan dapat menyebabkan abortus, kematian janin atau sindrom rubella kongenital (*Congenital Rubella Syndrome/CRS*) pada bayi yang dilahirkan (Kemenkes RI, 2017).

2.3.2 Vaksin MR

Vaksin Measles Rubella (MR) adalah vaksin hidup yang dilemahkan (*live attenuated*) berupa serbuk kering dengan pelarut. Kemasan vaksin adalah 10 dosis per vial (Kemenkes RI, 2017).

Setiap dosis vaksin MR mengandung:

1. 1000 CCID50 virus campak
2. 1000 CCID50 virus rubella



Gambar 2.1 Manfaat Vaksin MR

Dengan pemberian imunisasi campak dan rubella dapat melindungi anak dari kecacatan dan kematian akibat pneumonia, diare, kerusakan otak, ketulian, kebutaan dan penyakit jantung bawaan.

Vaksin MR diberikan secara subkutan dengan dosis 0,5 ml. Vaksin hanya boleh dilarutkan dengan pelarut yang disediakan dari produsen yang sama. Vaksin yang telah dilarutkan harus segera digunakan paling lambat sampai 6 jam setelah dilarutkan.

Pada tutup vial vaksin terdapat indikator paparan suhu panas berupa *Vaccine Vial Monitor* (VVM). Vaksin yang boleh digunakan hanyalah vaksin dengan kondisi VVM A atau B.

Kontraindikasi:

1. Individu yang sedang dalam terapi *kortikosteroid*, *imunosupresan* dan radioterapi
2. Wanita hamil
3. Leukemia, anemia berat dan kelainan darah lainnya
4. Kelainan fungsi ginjal berat
5. *Decompensatio cordis*
6. Setelah pemberian gamma globulin atau transfusi darah
7. Riwayat alergi terhadap komponen vaksin (*neomicyn*)

Pemberian imunisasi ditunda pada keadaan sebagai berikut:

1. Demam
2. Batuk pilek
3. Diare (Kemenkes RI, 2017)

2.3.3 Epidemiologi Campak dan Rubella

Penyakit campak dikenal juga sebagai morbili atau measles, merupakan penyakit yang sangat menular (*infeksius*) yang disebabkan oleh virus. Manusia diperkirakan satu-satunya reservoir, walaupun monyet dapat terinfeksi tetapi tidak berperan dalam penularan (Kemenkes RI, 2017).

Pada tahun 1980, sebelum imunisasi dilakukan secara luas, diperkirakan lebih 20 juta orang di dunia terkena campak dengan 2,6 juta kematian setiap tahun yang sebagian besar adalah anak-anak di bawah usia lima tahun. Sejak tahun 2000, lebih dari satu miliar anak di negara-negara

berisiko tinggi telah divaksinasi melalui program imunisasi, sehingga pada tahun 2012 kematian akibat campak telah mengalami penurunan sebesar 78% secara global. Dari gambaran di atas menunjukkan Indonesia merupakan salah satu dari negara-negara dengan kasus campak terbanyak di dunia.

Penyebab rubella adalah togavirus jenis rubivirus dan termasuk golongan virus RNA. Virus rubella cepat mati oleh sinar ultra violet, bahan kimia, bahan asam dan pemanasan. Virus tersebut dapat melalui sawar plasenta sehingga menginfeksi janin dan dapat mengakibatkan abortus atau congenital rubella syndrome (CRS). Penyakit rubella ditularkan melalui saluran pernapasan saat batuk atau bersin. Virus dapat berkembang biak di nasofaring dan kelenjar getah bening regional, dan viremia terjadi pada 4 – 7 hari setelah virus masuk tubuh. Masa penularan diperkirakan terjadi pada 7 hari sebelum hingga 7 hari setelah rash.

Masa inkubasi rubella berkisar antara 14 – 21 hari. Gejala dan tanda rubella ditandai dengan demam ringan ($37,2^{\circ}\text{C}$) dan bercak merah/*rash makulopapuler* disertai pembesaran kelenjar limfe di belakang telinga, leher belakang dan *sub occipital*. Konfirmasi laboratorium dilakukan untuk diagnosis pasti rubella dengan melakukan pemeriksaan serologis atau virologis. IgM rubella biasanya mulai muncul pada 4 hari setelah rash dan setelah 8 minggu akan menurun dan tidak terdeteksi lagi, dan IgG mulai muncul dalam 14-18 hari setelah infeksi dan puncaknya pada 4 minggu kemudian dan umumnya menetap seumur hidup. Virus

rubella dapat diisolasi dari sampel darah, mukosa hidung, *swab tenggorok*, urin atau cairan serebrospinal. Virus di faring dapat diisolasi mulai 1 minggu sebelum hingga 2 minggu setelah rash. Rubella pada anak sering hanya menimbulkan gejala demam ringan atau bahkan tanpa gejala sehingga sering tidak dilaporkan. Sedangkan rubella pada wanita dewasa sering menimbulkan *arthritis* atau *arthralgia*. Rubella pada wanita hamil terutama pada kehamilan trimester 1 dapat mengakibatkan abortus atau bayi lahir dengan CRS. Bentuk kelainan pada CRS :

1. Kelainan jantung :
 - a. Patent ductus arteriosus
 - b. Defek septum atrial
 - c. Defek septum ventrikel
 - d. Stenosis katup pulmonal
2. Kelainan pada mata :
 - a. Katarak kongenital
 - b. Glaukoma kongenital
 - c. Pigmentary Retinopati
3. Kelainan pendengaran
4. Kelainan pada sistim saraf pusat:
 - a. Retardasi mental
 - b. Mikrocephalia
 - c. Meningoensefalitis
5. Kelainan lain:

- a. Purpura
- b. Splenomegali
- c. Ikterik yang muncul dalam 24 jam setelah lahir
- d. Radioluscent bone (Kemenkes RI, 2017).

2.3.4 Kampanye Imunisasi MR

1. Tujuan Kampanye Imunisasi

Tujuan pelaksanaan kampanye imunisasi MR ini adalah untuk mencapai eliminasi campak dan pengendalian rubella/CRS tahun 2020.

Tujuan khusus :

- a. Meningkatkan kekebalan masyarakat terhadap campak dan rubella secara cepat
- b. Memutuskan transmisi virus campak dan rubella
- c. Menurunkan angka kesakitan campak dan rubella
- d. Menurunkan angka kejadian CRS (Kemenkes RI, 2017).

2. Sasaran Kegiatan

Sasaran pelaksanaan kegiatan kampanye imunisasi MR adalah seluruh anak usia 9 bulan sampai dengan <15 tahun yang totalnya berjumlah sekitar 66.859.112 anak di seluruh Indonesia. Imunisasi MR diberikan tanpa melihat status imunisasi maupun riwayat penyakit campak dan rubella sebelumnya (Kemenkes RI, 2017).

3. Tempat dan Waktu Pelaksanaan

a. Tempat Pelaksanaan

Kampanye imunisasi MR dilaksanakan di seluruh wilayah Indonesia (34 provinsi). Pelayanan imunisasi dilakukan di pos-pos pelayanan imunisasi yang telah ditentukan yaitu di sekolah-sekolah yaitu Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Taman Kanak-Kanak (TK), SD/MI/ sederajat dan SMP/MTs/ sederajat, Posyandu, Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Puskesmas pembantu, Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

b. Waktu dan Periode Pelaksanaan Kampanye

Pelaksanaan kampanye imunisasi MR dibagi ke dalam 2 fase. Fase pertama dilaksanakan pada bulan Agustus-September 2017 di seluruh Jawa, fase kedua dilaksanakan pada bulan Agustus-September 2018 di seluruh Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Bali, Nusa Tenggara, Maluku dan Papua.

Kampanye imunisasi MR dilaksanakan dalam waktu dua bulan penuh di masing-masing daerah termasuk *sweeping*. Kegiatan *sweeping* dilakukan untuk menjangkau sasaran yang belum diberikan imunisasi karena sakit, sedang bepergian, orang tua sibuk, tidak mengetahui mengenai adanya kampanye imunisasi MR maupun alasan lainnya (Kemenkes RI, 2017).

4. Strategi Pelaksanaan

Target cakupan kampanye imunisasi MR adalah minimal 95%. Untuk itu diperlukan strategi agar berhasil mencapai target yang diharapkan.

Pelaksanaan kampanye imunisasi MR dibagi menjadi 2 tahap:

- a. Tahap pertama pemberian imunisasi MR di seluruh sekolah yang terdiri dari sekolah Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Taman Kanak-kanak, SD/MI/ sederajat, SDLB dan SMP/MTs/ sederajat dan SMPLB. Sebelum pelaksanaan kampanye imunisasi MR dilaksanakan, perlu melibatkan Tim Pembina UKS (Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Kanwil Kemenag, Pemda) untuk koordinasi pelaksanaan kegiatan imunisasi MR di sekolah.
- b. Tahap kedua pemberian imunisasi untuk anak-anak di luar sekolah usia 9 bulan – <15 tahun di pos-pos pelayanan imunisasi seperti Posyandu, Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Puskesmas pembantu, Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Alasan utama pemberian imunisasi di sekolah lebih dahulu yaitu lebih mudah dilakukan karena sasaran sudah terkumpul dan anak yang belum mendapatkan imunisasi lebih mudah diidentifikasi dan ditindaklanjuti. Setelah pemberian imunisasi di sekolah-sekolah selesai, maka dilanjutkan dengan pemberian imunisasi di pos-pos pelayanan imunisasi lainnya

Kegiatan ini harus dilaksanakan berdasarkan pada mikroplaning yang telah disusun sebelumnya. Daftar anak-anak yang menjadi sasaran harus sudah tersedia sebelum dilaksanakan pelayanan imunisasi, namun setiap petugas kesehatan maupun kader yang bertugas harus memahami bahwa setiap anak (usia 9 bulan sampai dengan <15 tahun) yang datang ke pos pelayanan imunisasi untuk mendapatkan imunisasi MR harus diberikan imunisasi MR, meskipun anak tersebut tidak masuk ke dalam daftar sasaran yang telah disiapkan.

Kampanye MR harus dimanfaatkan untuk meningkatkan pelayanan Imunisasi baik cakupan maupun kualitas dan meningkatkan pemerataan pelayanan. Kegiatan kampanye MR dapat digunakan sebagai kesempatan untuk:

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat dan kerjasama dengan sektor swasta tentang pentingnya Imunisasi rutin dan lanjutan.
- b. Meningkatkan kerjasama dengan swasta dan partner dalam kegiatan persiapan, pelaksanaan dan evaluasi (NGO, program berbasis masyarakat, media, institusi budaya, pimpinan masyarakat dan agama, sekolah, humanitarian dan sukarelawan) serta kerjasama dengan mereka untuk membantu program rutin setelah selesai kegiatan Imunisasi tambahan.

- c. Pada saat pendataan sasaran kampanye MR, juga dimanfaatkan untuk mendata anak yang belum mendapat Imunisasi lengkap, untuk dilengkapi pada saat yang sama atau pada kunjungan berikutnya.
- d. Kegiatan Imunisasi tambahan MR tidak boleh mengganggu pelaksanaan Imunisasi rutin.

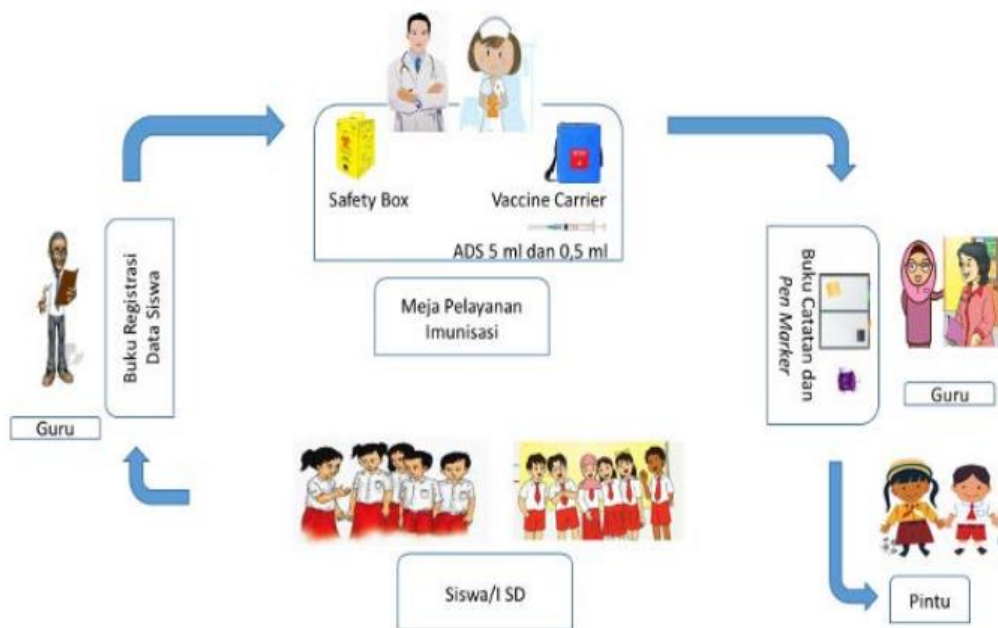
Jika cakupan imunisasi rubella baik pada saat kampanye maupun rutin tidak mencapai target minimal 95% maka dapat menyebabkan peningkatan kerentanan wanita usia subur, yang dapat meningkatkan risiko CRS (efek paradoks). Dengan cakupan yang tinggi dan merata dapat menurunkan atau memutuskan transmisi rubella sehingga menurunkan risiko paparan rubella pada wanita hamil (Kemenkes RI, 2017).

2.3.5 Pelaksanaan Imunisasi MR

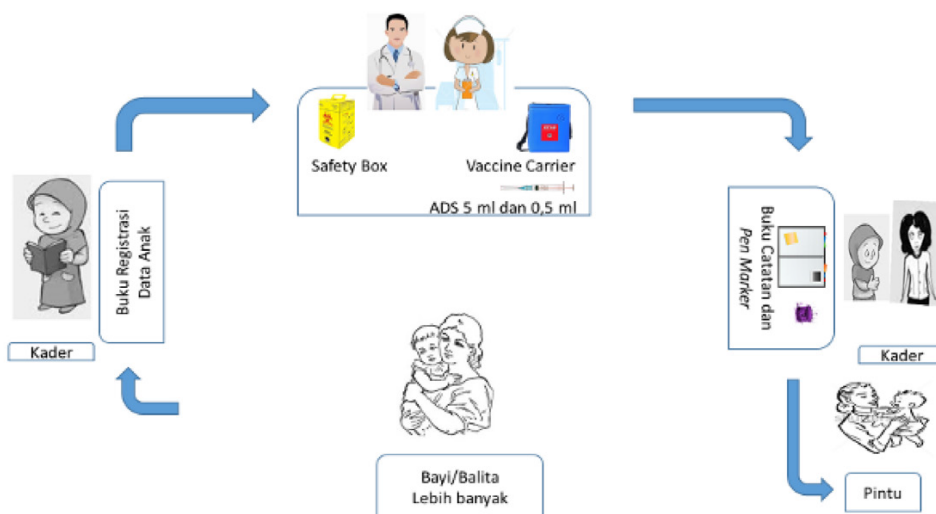
1. Mekanisme Kerja

Pelayanan imunisasi dilakukan di pos-pos pelayanan imunisasi yang telah ditentukan yaitu di Posyandu, Polindes, Poskesdes, Puskesmas, Puskesmas pembantu, Rumah Sakit, di sekolah-sekolah yaitu Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Taman Kanak-Kanak (TK), SD/ sederajat dan SLTP/ sederajat (Kemenkes RI, 2017).

Berikut ini adalah contoh mekanisme kerja pelayanan imunisasi di posyandu atau pos pelayanan imunisasi



Gambar 2.2 Skema pelayanan di sekolah



Gambar 2.3 Skema Pelayanan di Posyandu

Waktu pelaksanaan

- a. Pelaksanaan di posyandu/pos pelayanan dilaksanakan sesuai dengan situasi dan kondisi setempat.

- b. Waktu pelaksanaan di sekolah disesuaikan dengan jumlah sasaran dan petugas kesehatan.
- c. Sasaran dan orang tua/pengasuh diminta untuk tetap di pos pelayanan imunisasi/sekolah selama 30 menit sesudah imunisasi dilaksanakan dan petugas juga harus tetap berada di pos atau sekolah minimal 30 menit setelah sasaran terakhir diimunisasi, hal ini untuk mengantisipasi terjadinya kasus KIPi yang serius seperti anafilaksis (Kemenkes RI, 2017).

2. Persiapan Vaksin dan Logistik

a. Distribusi Vaksin dan Logistik

Vaksin dan logistik didistribusikan secara berjenjang dari pusat ke dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan provinsi ke dinas kesehatan kabupaten/kota, dan dinas kesehatan kabupaten/kota ke puskesmas kemudian ke pos-pos pelayanan imunisasi lainnya. Tenaga kesehatan atau tim imunisasi akan menerima vaksin MR dan pelarutnya dari puskesmas terdekat yang memiliki vaksin refrigerator.

ADS 0,5 ml, ADS 5 ml, safety box, kapas, formulir pencatatan, anafilatik kit, pen marker, kantong plastik untuk limbah tidak tajam dan logistik lainnya yang tidak memerlukan *cold chain* dapat didistribusikan ke petugas sebelum pelaksanaan kampanye berdasarkan *mikro planning* yang telah dibuat. Vaksin MR dan pelarut didistribusikan ke pos pelayanan pada hari yang

sama dengan pelayanan menggunakan vaksin carrier standar. Sehari sebelum pelayanan, pelarut harus disimpan dalam lemari es pada suhu 2 sd 8 °C. Pelarut juga harus dimasukkan ke dalam vaksin carrier agar memiliki suhu yang sama dengan vaksin yaitu berkisar 2 sd 8°C pada saat pelarutan.

Petugas kesehatan atau vaksinator bertanggung jawab membawa vaksin carrier ke tempat pelayanan. Saat sesi pelayanan sudah selesai setiap harinya, petugas bertanggung jawab mengembalikan vaksin carrier dan safety box yang telah terisi ke puskesmas.



Gambar 2.4 Cara Penyimpanan Vaksin dalam *vaccine carrier*

Selama pelaksanaan kampanye imunisasi MR, puskesmas atau pos pelayanan imunisasi lainnya akan menerima logistik sebagai berikut:

- 1) Vaksin MR dan pelarut sejumlah sasaran.
- 2) ADS 0,5 ml dan ADS 5 ml
- 3) Safety Box
- 4) Satu set kapas
- 5) Formulir pencatatan dan pelaporan cakupan dan logistik
- 6) Formulir laporan KIPI 5 lembar
- 7) Formulir investigasi KIPI 1 paket
- 8) KIPI kit
- 9) Kantong limbah medis untuk vial vaksin kosong
- 10) Pen marker
- 11) Kantong atau tempat sampah untuk limbah non medis lainnya.

b. Pelarutan Vaksin

Dalam melarutkan vaksin harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Pelarutan vaksin hanya boleh dilakukan ketika sasaran sudah datang untuk imunisasi.
- 2) Pelarut harus berasal dari produsen yang sama dengan vaksin yang digunakan.
- 3) Pastikan vaksin dan pelarutnya belum kadaluarsa dan VVM masih dalam kondisi A atau B.

- 4) Vaksin dan pelarut harus mempunyai suhu yang sama (2 sd 8⁰C) dan tidak pernah beku.
- 5) Melarutkan vaksin dengan menggunakan ADS 5 ml. Satu ADS 5 ml digunakan untuk melarutkan satu vial vaksin. Jangan menyentuh jarum ADS dengan jari.
- 6) Memastikan 5 ml cairan pelarut vaksin terhisap dalam ADS kemudian baru melakukan pencampuran dengan vaksin kering campak.
- 7) Masukkan pelarut secara perlahan ke dalam botol vaksin agar tidak terjadi gelembung/busa.
- 8) Kocok campuran vaksin dengan pelarut secara perlahan sampai tercampur rata, hal ini untuk mencegah terjadinya abses dengin.
- 9) Vaksin yang sudah dilarutkan hanya boleh digunakan dalam waktu 6 jam. Oleh karena itu hanya boleh melarutkan satu vial vaksin dan baru boleh melarutkan vaksin lagi bila vaksin pada vial sebelumnya sudah habis serta masih ada sasaran. Catat jam pelarutan vaksin pada label vaksin.
- 10) Memperhatikan prosedur aseptik.

Vaksin yang sudah dilarutkan harus segera dibuang jika:

- 1) Ada kecurigaan vial vaksin yang terbuka telah terkontaminasi seperti ada sesuatu yang kotor dalam vial, vial jatuh ke tanah, *rubber cap* tidak sengaja tersentuh, dan kontak dengan air.
- 2) VVM C dan D
- 3) Waktu pelarutan sudah melebihi 6 jam

c. Pemeliharaan *Cold Chain*

- 1) Vaksin MR adalah vaksin sensitif panas. Vaksin yang sudah dilarutkan akan menjadi lebih sensitif. Oleh karena itu di lapangan vaksin harus tetap disimpan pada suhu 2-8⁰C, dengan menggunakan *vaccine carrier* yang berisi *cool pack*.
- 2) *Vaccine carrier* ditempatkan terlindung dari sinar matahari langsung.
- 3) Vaksin yang sudah dipakai ditempatkan pada spons / busa penutup *vaccine carrier*, sedangkan yang belum dipakai tetap disimpan didalam *vaccine carrier*.
- 4) Selalu perhatikan kondisi VVM setiap akan menggunakan vaksin. Vaksin yang bisa digunakan adalah kondisi VVM A atau B.



Gambar 2.5 Cara meletakkan vaksin sudah dipakai

d. Pengembalian Vaksin

Sisa Logistik yang masih tersisa pada akhir sesi pelayanan yaitu vaksin dan pelarut yang belum dibuka serta vaksin yang sisa yang telah dibuka harus dikembalikan ke puskesmas. Hal yang perlu diperhatikan antara lain:

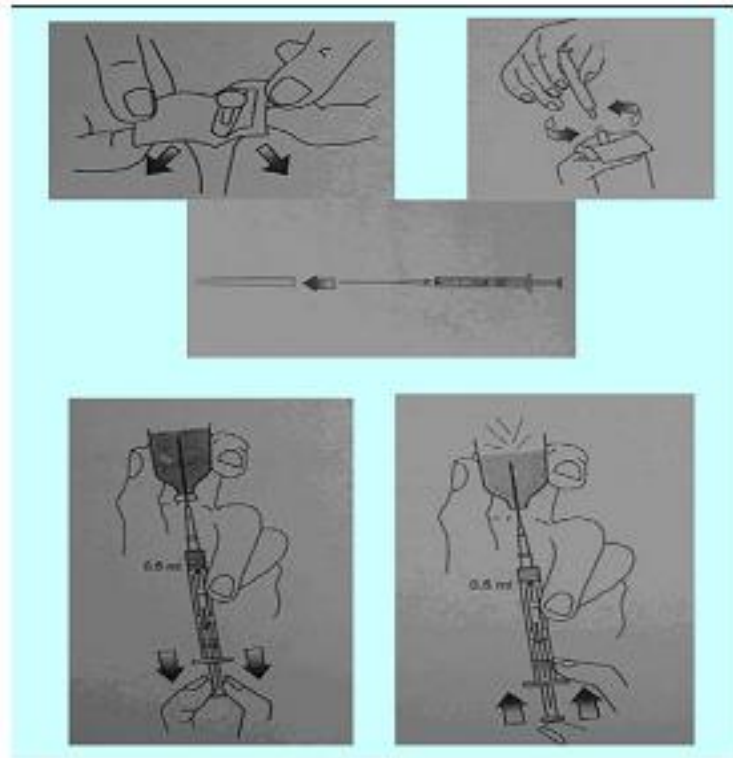
- 1) Vaksin dan pelarut yang masih dalam keadaan tertutup (belum digunakan) harus dikembalikan dan diberi tanda “K” (Kembali) kemudian segera dimasukkan ke dalam refrigerator. Pada hari pelayanan berikutnya, vaksin tersebut harus digunakan segera dengan tetap memperhatikan kondisi VVM dan tanggal kadaluarsa.
- 2) Semua sisa vial vaksin MR yang telah dilarutkan lebih dari 6 jam/akhir sesi pelayanan di luar gedung harus dimasukkan dalam box/plastik tersendiri di luar *vaccine refrigerator* untuk dimusnahkan pada akhir kegiatan kampanye.
- 3) Jangan pernah menyimpan sisa vaksin MR yang dilarutkan di dalam *vaccine refrigerator* untuk digunakan pada hari pelayanan berikutnya (Kemenkes RI, 2017).

$$\begin{array}{l} \text{Jumlah vial vaksin bekas} \\ + \\ \text{Jumlah vial vaksin utuh} \end{array} = \text{Jumlah vial vaksin yang dibawa ke pos pelayanan/sekolah}$$

3. Cara Pemberian Vaksin MR

Berikan imunisasi MR untuk anak usia 9 bulan sampai dengan <15 tahun tanpa melihat status imunisasi dan riwayat penyakit campak atau rubella sebelumnya. Berikut adalah langkah-langkah dalam melakukan penyuntikan vaksin MR:

- a. Imunisasi dilakukan dengan menggunakan alat suntik sekali pakai (autodisable syringe/ADS) 0,5 ml. Penggunaan alat suntik tersebut dimaksudkan untuk menghindari pemakaian berulang jarum sehingga dapat mencegah penularan penyakit HIV/AIDS, Hepatitis B dan C.
- b. Pengambilan vaksin yang telah dilarutkan dilakukan dengan cara memasukkan jarum ke dalam vial vaksin dan pastikan ujung jarum selalu berada di bawah permukaan larutan vaksin sehingga tidak ada udara yang masuk ke dalam spuit.
- c. Tarik torak perlahan-lahan agar larutan vaksin masuk ke dalam spuit dan keluarkan udara yang tersisa dengan cara mengetuk alat suntik dan mendorong torak sampai pada skala 0,5 cc, kemudian cabut jarum dari vial.
- d. Bersihkan kulit tempat pemberian suntikan dengan kapas kering sekali pakai atau kapas yang dibasahi dengan air matang, tunggu hingga kering. Apabila lengan anak tampak kotor diminta untuk dibersihkan terlebih dahulu.
- e. Penyuntikan dilakukan pada otot *deltoid* di lengan kiri atas.
- f. Dosis pemberian adalah 0,5 ml diberikan secara subkutan (sudut kemiringan penyuntikan 45°).
- g. Setelah vaksin disuntikkan, jarum ditarik keluar, kemudian ambil kapas kering baru lalu ditekan pada bekas suntikan, jika ada perdarahan kapas tetap ditekan pada lokasi suntikan hingga darah berhenti (Kemenkes RI, 2017).



Gambar 2.6 Cara pemakaian ADS dan Memasukkan Vaksin Kedalam ADS



Gambar 2.7 Sudut Kemiringan Penyuntikan

4. Peran Petugas Kesehatan, Guru dan Kader

a. Peran Tenaga Kesehatan.

- 1) Memastikan sasaran anak 9 bulan sampai dengan <15 tahun menerima imunisasi MR.
- 2) Memastikan kondisi rantai vaksin terpelihara dengan baik dalam suhu 2 - 80 celcius
- 3) Memastikan vaksin dan pelarut berasal dari pabrik yang sama dan memeriksa tanggal kadaluarsanya
- 4) Memeriksa kondisi VVM vaksin MR (pastikan dalam kondisi A dan B)
- 5) Melarutkan vaksin dan mencatat waktu pelarutan tiap vialf.
- 6) Memberikan penyuntikan vaksin MR dengan benar (subkutan)
- 7) Melakukan pengolahan limbah imunisasi (tajam dan tidak tajam) secara amanh.
- 8) Memantau dan menangani kasus KIPI
- 9) Memeriksa register pelaksanaan imunisasi dan melengkapinya pada akhir kegiatan.
- 10) Mengawasi dan membina guru dan kader dalam melaksanakan tugasnya.
- 11) Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat setempat.
- 12) Menunggu di tempat pelayanan minimal 30 menit untuk merespon jika ada kasus KIPI (Kemenkes RI, 2017).

b. Peran Guru

- 1) Memberikan informasi pada orangtua/wali murid melalui Pertemuan Orangtua Murid atau surat edaran yang berisi pemberitahuan manfaat imunisasi MR dan tanggal pelaksanaannya.
- 2) Membantu memberikan penyuluhan kepada orangtua/ wali / murid
- 3) Memberikan data murid yang akan diberikan imunisasi termasuk data anak yang putus sekolah
- 4) Menyeleksi anak yang berumur <15 tahun dan anak yang sedang sakit atau tidak masuk sekolah karena alasan lainnya
- 5) Membantu menyiapkan ruangan untuk penyuntikan dan ruang tunggu setelah penyuntikan
- 6) Membantu mengatur alur pelayanan imunisasi
- 7) Membantu pencatatan hasil imunisasi dan memberi tanda pada ujung bawah jari kelingking kiri dengan pen marker
- 8) Melaporkan pada petugas bila ditemukan kasus diduga KIPI (Kemenkes RI, 2017).

c. Peran Kader

- 1) Membantu pendataan sasaran yang belum sekolah termasuk anak yang putus sekolah
- 2) Menggerakkan orang tua dan sasaran untuk datang ke pos pelayanan imunisasi/posyandu

- 3) Membantu menyiapkan tempat pelaksanaan untuk penyuntikan dan ruang tunggu setelah penyuntikan
 - 4) Mengendalikan massa atau keramaian sasaran yang datang
 - 5) Mengatur jalannya pelayanan imunisasi
 - 6) Mencatat sasaran dan memberi tanda pada ujung bawah jari kelingking kiri dengan pen marker
 - 7) Melaporkan pada petugas bila ditemukan kasus diduga KIPI
 - 8) Mengingatkan orang tua untuk melengkapi imunisasi rutin
- (Kemenkes RI, 2017).

2.4 Perilaku Dipengaruhi Oleh Sikap

Sikap merupakan salah satu faktor penting bagi terbentuknya perilaku seseorang. Menurut Lawrence Green (Notoatmodjo, 2013) perilaku seseorang salah satunya dipengaruhi oleh faktor predisposisi yaitu pengetahuan, sikap, motivasi dan persepsi. Sikap merupakan salah satu faktor mendasar yang bisa mempengaruhi terhadap perilaku. Sikap dapat menunjukkan kesesuaian reaksi terhadap stimulus yang diterima. Oleh karena itu, sikap bisa dikatakan sebagai faktor yang dapat mempengaruhi terhadap tindakan yang dilakukan oleh seseorang. Begitupun dalam pelaksanaan imunisasi, sikap orangtua menjadi faktor yang dapat mempengaruhi terhadap orangtua untuk melakukan imunisasi terhadap anaknya.

Sikap merupakan proses evaluatif dari dalam diri seseorang. Respon evaluatif berarti bahwa bentuk reaksi yang dinyatakan dalam sikap timbulnya

didasari oleh proses evaluasi dalam diri individu yang memberi kesimpulan terhadap stimulus (Azwar, 2013).

Sikap merupakan salah satu hal mendasar dalam kelengkapan pemberian imunisasi yang dilakukan oleh orangtua terhadap anaknya. Karena sikap merupakan respon tanggapan orangtua atas pentingnya pelaksanaan imunisasi terhadap anaknya.