

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Imunisasi merupakan investasi kesehatan yang efektif dengan berupa upaya pencegahan terhadap penyakit infeksi yang dapat menyebabkan kematian dan kecacatan (Ranuh, 2011). Vaksin adalah kuman atau racun yang di masukkan ke dalam tubuh bayi atau anak yang disebut antigen. Dalam tubuh, antigen akan bereaksi dengan antibody sehingga terjadi kekebalan. Ada tujuh imunisasi yang dapat mencegah penyakit yaitu polio, campak, difteri, pertusis, tetanus, TBC atau Hepatitis B (Deslidel, 2011).

Imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan sistem imunologi tubuh untuk membentuk antibody spesifik sehingga dapat melindungi tubuh dari serangan penyakit. Imunisasi merupakan program yang cukup efektif dan efisien mencegah penyakit–penyakit menular yang mewabah. Sejauh ini imunisasi telah menunjukkan kemampuannya untuk mengurangi kejadian luar biasa di masyarakat. Imunisasi dapat mencegah penyakit yang sering terjadi pada anak–anak. Pemberian suntikan imunisasi pada bayi dan anak balita, tepat pada waktunya merupakan faktor penting untuk kesehatan bayi. Imunisasi diberikan mulai dari lahir sampai awal masa kanak-kanak (Proverawati & Andini, 2010). Laporan UNICEF yang dikeluarkan terakhir menyebutkan bahwa 27 juta anak Balita di seluruh dunia

masih belum mendapatkan pelayanan imunisasi secara rutin. Akibatnya, penyakit yang dapat dicegah oleh vaksin ini diperkirakan menyebabkan lebih dari dua juta kematian terjadi setiap tahun (Khairani, 2013).

Guna melengkapi imunisasi dasar lengkap dan menekan angka kesakitan dan kematian anak, maka mulai tahun 2017 Pemerintah akan menambahkan 3 vaksin baru yaitu Measles dan Rubela (MR) yang sebelumnya MMR, Japanese Encephalitis (JE) dan Pnemokokus (Kemenkes RI, 2017). Sampai saat ini masalah imunisasi masih tetap ada, Banyak ibu yang tidak datang ke posyandu memberikan imunisasi pada anaknya, hal ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti pekerjaan ibu. Ibu yang bekerja dipagi hari tidak dapat melakukan kunjungan ke posyandu karena mereka sibuk bekerja dan kurang memiliki waktu sehingga perhatian terhadap kesehatan anakpun berkurang. Pengetahuan tentang imunisasi yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan seperti masalah pengertian dan pemahaman karena masih banyak ibu yang beranggapan salah tentang imunisasi yang berkembang dalam masyarakat. dan tidak sedikit orang tua khawatir terhadap efek samping dari beberapa vaksin. Selain itu, dukungan keluarga sangatlah penting untuk ibu agar mempengaruhi pengetahuan seorang ibu dan agar ibu termotivasi untuk membawa bayinya imunisasi, agar bertambahnya kepercayaan ibu dengan

pemberian imunisasi dasar pada bayi, sehingga dapat mempengaruhi status imunisasinya (Hidayah, 2018).

Berdasarkan data surveilans dan cakupan imunisasi, maka imunisasi campak rutin saja belum cukup untuk mencapai target eliminasi campak. Sedangkan untuk akselerasi pengendalian rubella/CRS maka perlu dilakukan kampanye imunisasi tambahan sebelum introduksi vaksin MR ke dalam MR imunisasi rutin. Untuk itu diperlukan kampanye pemberian imunisasi MR pada anak usia 9 bulan sampai dengan <15 tahun. Pemberian imunisasi MR pada usia 9 bulan sampai dengan <15 tahun dengan cakupan tinggi (minimal 95%) dan merata diharapkan akan membentuk imunitas kelompok (*herd immunity*), sehingga dapat mengurangi transmisi virus ke usia yang lebih dewasa dan melindungi kelompok tersebut ketika memasuki usia reproduksi (Kemenkes RI, 2018).

Campak dan Rubella adalah penyakit infeksi menular melalui saluran napas yang disebabkan oleh virus. Campak dapat menyebabkan komplikasi yang serius seperti diare, radang paru (pneumonia), radang otak (ensefalitis), kebutaan bahkan kematian. 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. Kecacatan tersebut dikenal sebagai Sindroma Rubella Kongenital di antaranya meliputi kelainan pada jantung dan mata, ketulian dan

keterlambatan perkembangan. Tidak ada pengobatan untuk penyakit campak dan rubella, namun penyakit ini dapat dicegah (Kemenkes RI, 2018).

Imunisasi dengan vaksin MR adalah pencegahan terbaik untuk kedua penyakit ini. Satu vaksin mencegah dua penyakit sekaligus. Kampanye imunisasi Measles Rubella (MR) adalah suatu kegiatan imunisasi secara massal sebagai upaya untuk memutuskan transmisi penularan virus campak dan rubella secara cepat, tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya. Imunisasi MR diberikan pada anak usia 9 bulan sampai dengan kurang dari 15 tahun selama masa kampanye. Imunisasi MR masuk ke dalam jadwal imunisasi rutin segera setelah masa kampanye berakhir, diberikan pada anak usia 9 bulan, 18 bulan dan anak kelas 1 SD/ sederajat. Gratis, tidak dipungut biaya (Depkes RI, 2017).

Pada era tahun 60-an, dunia telah menemukan vaksin yang sangat efektif untuk mencegah penyakit Campak dan Rubella. Tiga dasawarsa berselang, pada tahun 1996 tercatat sejumlah 83 negara menggunakan vaksin Campak dan Rubella dalam program imunisasi rutin di negaranya, dan meningkat menjadi 130 negara pada tahun 2009. Hingga saat ini, sudah lebih dari 141 negara telah menggunakan vaksin Campak dan Rubella. Mengingat besarnya beban dan permasalahan penyakit Campak dan Rubella, maka Indonesia berkomitmen untuk menjadi bagian dari upaya bersama seluruh

negara di dunia dalam mencapai eliminasi penyakit Campak dan pengendalian penyakit Rubella pada tahun 2020 (Kemenkes, 2018).

Sampai dengan Desember 2017, jumlah negara yang telah berhasil mengeliminasi Campak sebanyak 76 negara (39% dari total keseluruhan negara di dunia) dan mengeliminasi Rubella sebanyak 70 negara (36% dari total keseluruhan negara di dunia). Negara yang sudah mencapai eliminasi artinya tidak ditemukan lagi daerah yang selalu melaporkan kasus campak dan rubella dalam kurun waktu sekurang-kurangnya 12 bulan dan tidak terjadi penularan penyakit campak dan rubella (*zero transmission*) (Kemenkes, 2018). Sementara itu, sejak tahun 1982, Indonesia sudah melaksanakan pemberian imunisasi campak secara rutin untuk anak usia 9 bulan. Dalam kurun waktu 3 dasawarsa program imunisasi rutin campak ini berjalan, cakupan yang dicapai secara nasional sudah cukup tinggi namun tidak merata di seluruh wilayah sehingga masih ada daerah kantong yang berpotensi terjadi penularan yang masif atau kejadian luar biasa (KLB). Untuk vaksin Rubella, baru saja mulai digunakan di tahun 2017 di 6 Provinsi (Kemenkes, 2018).

Jumlah kasus infeksi campak dan rubella di seluruh dunia yang dilaporkan ke WHO tahun 2017 mencapai sekitar 190.000 kasus. Tahun 2016 tercatat lebih 130.000 kasus. sebuah kenaikan kasus sekitar 30 persen, yang membuat badan kesehatan dunia itu was-was. Lebih tragis lagi, sekitar 110.000 orang, sebagian besarnya adalah

anak-anak, meninggal karena infeksi Campak dan rubella sepanjang 2017. Jumlah kasus yang dilaporkan, diperkirakan hanya sebagian kecil dari kasus infeksi yang sebenarnya. Model perhitungan WHO menunjukkan, sedikitnya 6.7 juta orang terinfeksi campak dan rubella pada 2017 lalu. Hingga akhir November 2018, kasus infeksi campak meningkat sekitar 10% dari seluruh kasus tahun lalu (WHO, 2018).

Berdasarkan data yang dipublikasi Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2015, Indonesia termasuk 10 negara dengan jumlah kasus campak terbesar di dunia. Kementerian Kesehatan RI mencatat jumlah kasus Campak dan Rubella yang ada di Indonesia sangat banyak dalam kurun waktu lima tahun terakhir. Adapun jumlah total kasus suspek Campak-Rubella yang dilaporkan antara tahun 2014 s.d Juli 2018 tercatat sebanyak 57.056 kasus (8.964 positif Campak dan 5.737 positif Rubella). Tahun 2014 tercatat 12.943 kasus suspek Campak-Rubella (2.241 positif Campak dan 906 positif Rubella); Tahun 2015 tercatat 13.890 kasus suspek Campak-Rubella (1.194 positif Campak dan 1.474 positif Rubella); Tahun 2016 tercatat 12.730 kasus suspek Campak-Rubella (2.949 positif Campak dan 1.341 positif Rubella); Tahun 2017 tercatat 15.104 kasus suspek Campak-Rubella (2.197 positif Campak dan 1.284 positif Rubella); dan s.d Juli 2018 tercatat 2.389 kasus suspek Campak-Rubella (383 positif Campak dan 732 positif Rubella) (Depkes, 2018).

Dinas Kesehatan Propinsi mencatat jumlah kasus Campak dan Rubella yang ada di Sulawesi Tenggara dalam kurun waktu lima tahun terakhir. Adapun jumlah total kasus Campak-Rubella yang dilaporkan tahun 2015 berjumlah 109 kasus campak, Pada tahun 2016 di temukan kasus campak sebanyak 512 kasus dan rubella sebanyak 3 kasus. Tahun 2017 ditemukan 310 kasus campak dan 21 kasus rubella (Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara).

Berdasarkan Laporan Imunisasi Puskesmas Poasia pada studi pendahuluan yang peneliti lakukan di Puskesmas Poasia Jumlah cakupan Imunisasi MR pada tahun 2018 hanya mencapai target 71%. Dari sasaran 8849 orang, jumlah cakupan yang melakukan IMR sebanyak 6283 orang.. Adapun untuk kasus Campak Rubella, sejak tahun 2015 terdapat jumlah kasus campak sebanyak 35 kasus. Tahun 2016 sebanyak 18 kasus campak. Tahun 2017 mengalami peningkatan sampai dengan 59 Kasus campak. Dan pada tahun 2018 sebanyak 20 kasus (Laporan LB 1 Puskesmas Poasia).

Berdasarkan hasil wawancara studi awal dengan petugas imunisasi puskesmas poasia penyebab rendahnya cakupan imunisasi Measles Rubella (MR) disebabkan penolakan terhadap imunisasi tersebut sehingga masyarakat tidak membawa anak mereka melakukan pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR). Oleh karena itu berdasarkan pada masalah diatas, di wilayah kerja Puskesmas Poasia termasuk daerah dengan angka cakupan imunisasi

tambahan Measles Rubella (MR) yang masih kurang dari target sasaran pemerintah yaitu 95% sementara cakupan untuk wilayah kerja Puskesmas Poasia baru mencapai 71% maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Cakupan Imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) di wilayah kerja Puskesmas Poasia”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah di kemukakan di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah pengetahuan, sikap, dan dukungn keluarga tentang imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) terhadap rendahnya cakupan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) di wilayah kerja Puskesmas Poasia.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis factor penyebab rendahnya cakupan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) di wilayah kerja Puskesmas Poasia.

2. Tujuan Khusus

a. Untuk mengetahui pengetahuan ibu tentang pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) di wilayah kerja puskesmas poasia.

- b. Untuk mengetahui sikap ibu tentang pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) di wilayah kerja puskesmas poasia.
- c. Untuk mengetahui dukungan keluarga tentang pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) di wilayah kerja puskesmas poasia.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi sumbangan ilmiah dalam memperkaya khasanah ilmu pengetahuan yang dapat menambah wawasan khususnya mengenai imunisasi tambahan Measles Rubella (MR).

2. Manfaat Praktis

Dapat menambah pengetahuan dan juga memperluas wawasan mengenai imunisasi tambahan MR (Measles Rubella).

3. Manfaat bagi institusi

Hasil penelitian ini dapat di jadikan sebagai bahan bacaan dan menambah referensi bagi institusi dalam pengembangan penelitian lanjutan terutama yang berhubungan dengan imunisasi tambahan MR (Measles Rubella).

4. Manfaat Bagi Peneliti

Manfaat penelitian bagi peneliti adalah dapat menambah pengetahuan peneliti mengenai imunisasi tambahan MR (Measles Rubella).

E. Keaslian Penelitian

1. Merlinta (2018) dengan judul hubungan pengetahuan tentang vaksin measles rubella (MR) dengan pendidikan ibu terhadap minat keikutsertaan vaksinasi mr di puskesmas kartasura. penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas kartasura kabupaten sukoharjo dan akan dilaksanakan pada bulan desember 2017. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan tentang vaksin MR dengan minat keikutsertaan vaksinasi MR akan tetapi tidak terdapat hubungan antara pendidikan ibu dengan minat keikutsertaan vaksinasi MR. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu variabel penelitian, waktu penelitian, metode penelitian dan lokasi penelitian.
2. Rita (2017) dengan judul Analisis kualitatif rendahnya cakupan pemberian imunisasi hepatitis b (0-7 hari) Di UPTD Puskesmas Wawotobi. Metode penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif kualitatif yang bersifat eksploratif determinan rendahnya cakupan pemberian imunisasi hepatitis B (0-7 hari) di UPTD Puskesmas Wawotobi (Nasution, 1996). Hasil Penelitian menunjukkan

berdasarkan hasil wawancara diidentifikasi rendahnya cakupan imunisasi hepatitis B di UPTD Puskesmas Wawotobi yaitu Faktor Predisposisi Faktor Pendukung Faktor Pendorong. Hal yang membedakan dengan penelitian ini adalah hal yang diteliti , judul, tempat, dan waktu penelitian yang berbeda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Tinjauan Tentang Imunisasi

a. Pengertian

Imunisasi berasal dari kata *imun*, kebal atau resisten. Anak diimunisasi, berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal atau resisten terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain (Kemenkes RI, 2015). Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit sehingga bila kelak terpajan pada penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit. Kekebalan yang diperoleh dari imunisasi dapat berupa kekebalan pasif dan kekebalan aktif (Puspitaningrum, 2013).

Jenis imunisasi terdiri dari imunisasi aktif dan pasif. Imunisasi aktif adalah imunisasi yang merangsang tubuh untuk menghasilkan kekebalan secara aktif spesifik terhadap suatu penyakit. Imunisasi aktif dilakukan dengan memasukkan vaksin kedalam tubuh seseorang. Vaksin adalah bahan biologis yang berupa kuman yang telah dilemahkan atau dimatikan, utuh atau sebagian, atau berupa toksin dan bahan tiruan kuman yang dimasukkan kedalam tubuh guna menimbulkan kekebalan

secara spesifik. Sedangkan imunisasi pasif yaitu imunisasi yang dilakukan dengan memasukkan zat antibodi kedalam tubuh seseorang untuk meningkatkan kadarnya didalam tubuh sehingga kekebalan bukan dihasilkan langsung oleh tubuh (Pratiwi, 2012).

b. Tujuan Imunisasi

Sistem kekebalan tubuh anak dan balita masih rendah sehingga mudah terserang penyakit. Untuk itu diperlukan imunisasi lengkap dan teratur untuk memberikan kekebalan agar dapat mencegah penyakit dan menurunkan risiko kesakitan dan kematian bayi dan anak yang disebabkan oleh penyakit yang sering berjangkit (Proverawati& Andini, 2010).

Imunisasi memang tidak memberikan kekebalan 100 %, tetapi pada umumnya dapat mencegah 96 %, sehingga apabila terkena tidak akan separah jika tidak diimunisasi. Masalah sakit tidaknya anak dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu daya tahan tubuh anak, lingkungan dan kuman. Kalau anak kuat, status gizi baik, lalu terinfeksi kuman yang jumlahnya sedikit dan tidak begitu ganas, kemungkinan dia tidak akan jatuh sakit (Proverawati& Andini, 2010).

c. Manfaat Imunisasi

- 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 bahwa anaknya akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman.
- 3) Untuk Negara: memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan Negara (Proverawati & Andhini, 2010).

d. Jenis - jenis imunisasi

Imunisasi telah dipersiapkan sedemikian rupa, agar tidak menimbulkan efek - efek yang merugikan. Imunisasi ada 2 macam yaitu:

- 1) Imunisasi aktif merupakan pemberian suatu bibit penyakit yang telah dilemahkan (*vaksin*) agar nantinya sistem imun tubuh berespon spesifik dan memberikan suatu ingatan terhadap antigen ini, sehingga ketika terpapar lagi tubuh dapat mengenali dan meresponnya. Contoh imunisasi aktif adalah imunisasi polio atau campak.
- 2) Imunisasi pasif merupakan suatu proses peningkatan kekebalan tubuh dengan cara pemberian zat imunoglobulin yaitu zat yang dihasilkan melalui suatu proses infeksi yang dapat berasal dari plasma manusia (kekebalan yang di dapat bayi dari ibu melalui plasenta) atau binatang (bisa ular) yang digunakan untuk mengatasi *mikroba* yang sudah masuk

dalam tubuh yang terinfeksi. Contoh imunisasi pasif adalah penyuntikan ATS (Anti Tetanus Serum) pada orang yang mengalami luka kecelakaan (Proverawati & Andhini, 2010).

e. Jenis Imunisasi Dasar Bayi

Imunisasi dasar adalah imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah yaitu meliputi Hepatitis B, *Bacille Calmetee Guerin* (BCG), Campak, polio dan Vaksin Pentavalen (DPT-HB-HiB). Imunisasi dasar lengkap adalah program imunisasi yang dicanangkan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan bayi di Indonesia. Imunisasi ini diberikan mulai dari bayi baru lahir (hepatitis B) sampai berumur 9 bulan (campak). Program imunisasi yang diwajibkan pemerintah untuk memberikan imunisasi dasar lengkap yaitu Hepatitis B 1 kali pemberian, BCG 1 kali pemberian, DPT/HB/HiB (pentavalen) 3 kali pemberian dengan interval 4 minggu, polio 4 kali pemberian dengan interval 4 minggu dan campak 1 kali pemberian. Selain imunisasi yang diwajibkan ada imunisasi yang di anjurkan pemerintah yaitu HiB (*Hemophilus Influenza Type B*), MMR (*Measles, mumps, rubella*), Tifoid, Hepatitis A, Varicella, jadi sifatnya tidak wajib (Hayati & Novita, 2014).

1) Imunisasi BCG

Vaksin BCG dapat mencegah penyakit tuberculosis. Tuberculosis disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*

dan *mycobacterium bovis* (Enric *et. al.*, 2017). Tuberculosis paling sering menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ lain seperti selaput otak, tulang, kelenjar superficialis, dan lain-lain. BCG adalah vaksin hidup yang dibuat dari *mycobacterium bovis* yang dibiakkan berulang 1-3 tahun, sehingga didapat basil yang tidak virulen tetapi masih mempunyai imunogenitas (Dewi, 2012).

a) Cara Pemberian dan Dosis

Pemberian imunisasi BCG sebaiknya diberikan kepada bayi umur < 2 bulan di lengan kanan atas. Pada bayi yang kontak erat dengan pasien TB dengan bakteri tahan asam (BTA) +3 sebaiknya diberikan INH profilaksi dulu, apabila pasien kontak sudah tenang bayi dapat diberi BCG (Ranuh, 2008). Vaksin BCG diberikan secara intradermal/intrakutan 0,10 ml untuk anak dan 0,05 ml untuk bayi baru lahir. Penyuntikan imunisasi BCG sebaiknya diberikan pada deltoid kanan (lengan kanan atas) (Dewi, 2012).

b) Kontraindikasi

Vaksin BCG perlu memperhatikan beberapa kontraindikasi pada anak. Imunisasi BCG tidak dianjurkan pada anak dengan reaksi uji tuberkulin > 5 mm, terinfeksi HIV atau dengan resiko tinggi HIV, imunokompromais

akibat pengobatan kortikosteroid, sedang menjalani terapi radiasi, penyakit keganasan pada tulang dan limfe, anak gizi buruk, demam tinggi, menderita penyakit infeksi kulit yang luas, pernah menderita tuberculosis, dan kehamilan (Dewi, 2012).

c) Efek Samping

Imunisasi BCG tidak menyebabkan reaksi yang bersifat umum. Reaksi yang tampak seperti demam 1-2 minggu kemudian akan timbul indurasi dan kemerahan di tempat suntikan yang berubah menjadi pustula, kemudian pecah menjadi luka. Luka tidak perlu pengobatan, akan sembuh secara spontan dan meninggalkan tanda parut. Kadang-kadang terjadi pembesaran kelenjar regional di ketiak dan atau leher, terasa padat, tidak sakit, dan tidak menimbulkan demam. Reaksi ini normal, tidak memerlukan pengobatan, dan akan menghilang dengan sendirinya (Sari, D, 2018).

2) Imunisasi Dipteri, Pertusis, Tetanus (DPT)

Imunisasi DPT mencegah anak terhadap penyakit dipteri, pertusis (batuk rejan), dan tetanus. Dipteri adalah penyakit radang tenggorokan berat yang disebabkan oleh *Corynebacterium diphtheriae* dapat menyebar ke sistem saraf dan jantung sehingga berakibat kematian (Peter *et.al.*,

2017). Pertusis (batuk rejan atau batuk 100 hari) yang disebabkan oleh *Bordetella pertussis* dengan gejala berupa batuk, mata merah, demam, dan semakin lama menimbulkan keparahan sedangkan tetanus adalah penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang disebarkan melalui luka yang dalam. Gejala tetanus berupa kejang, mulut mencucu, kaku otot perut, kaku rahang, disertai keringat dan demam. Pada bayi terdapat gejala berhenti menetek (*sucking*) pada 3 sampai 28 hari setelah lahir (Pratiwi, 2012).

a) Cara Pemberian dan Dosis

Pemberian secara intramuskuler dengan dosis pemberian 0,5 ml sebanyak 3 dosis. Sebelum digunakan vaksin harus dikocok terlebih dahulu agar suspensi menjadi homogen. Imunisasi rutin pada anak dianjurkan pemberian 5 dosis pada usia 2, 4, 6, 15-18 bulan, dan saat masuk sekolah. Ketentuan penggunaan vaksin DPT yaitu suhu penyimpanan berkisar 2-80C, vaksin belum kadaluarsa, tidak pernah terendam air, dan sterilitasnya terjaga (Depkes RI, 2009).

b) Kontraindikasi

Gejala abnormal otak atau saraf pada bayi baru lahir merupakan kontraindikasi pertusis. Gejala tersebut

seperti penyakit-penyakit yang mengenai sistem saraf pusat berupa infeksi atau kongenital. Anak-anak yang mengalami gejala berat tersebut pada pemberian dosis pertama komponen vaksin pertusis perlu dihilangkan pada pemberian kedua, lanjutan imunisasi dapat diberikan vaksin DT.

c) Efek Samping

Efek samping yang mungkin muncul adalah demam, rasa sakit ditempat penyuntikan, peradangan, dan kejang. Anak mungkin akan demam pada sore hari setelah mendapat vaksin dan akan membaik dalam 1-2 hari, jika anak mengalami demam lebih dari satu hari perlu dicurigai ada infeksi lain (Margareta, 2009). Efek samping lain seperti rasa sakit ditempat suntikan dan peradangan akan sembuh dengan sendirinya. Kejang merupakan efek samping yang jarang ditemui. Jika terdapat kejang pada anak maka vaksin pertusis harus dihilangkan pada imunisasi selanjutnya (Dewi, 2012).

3) Imunisasi Hepatitis-B

Imunisasi hepatitis B berfungsi untuk pemberian kekebalan aktif terhadap infeksi yang disebabkan oleh virus hepatitis B. Gejala biasanya bersifat asimtomatik dan kronis serta dapat menimbulkan sirosis hati. Vaksin hepatitis B

mengandung HBsAg (antigen permukaan) dari virus hepatitis B (sari, D, 2018).

a) Cara Pemberian dan Dosis

Imunisasi ini diberikan tiga kali pada usia 0-11 bulan melalui injeksi intramuskuler dengan dosis 0,5 ml. Pemberian suntikan secara intramuskuler sebaiknya pada anterolateral paha. Pemberian suntikan dasar sebanyak 3 kali dengan jarak suntikan satu bulan untuk suntikan 1 dan 2, dan lima bulan untuk jarak suntikan 2 dan 3. Imunisasi ulang diberikan 5 tahun setelah imunisasi dasar (Novitasari, 2015).

b) Kontraindikasi

Riwayat alergi merupakan kontraindikasi utama imunisasi Hepatitis B. Riwayat alergi atau hipersensitifitas yang dimaksud yaitu terhadap ragi serta riwayat efek samping yang berat pada penyuntikan dosis pertama (Depkes RI, 2009).

c) Efek samping

Efek samping yang terjadi pasca imunisasi hepatitis B umumnya ringan. Efek samping yang muncul hanya berupa nyeri, bengkak, panas, mual, dan nyeri sendi maupun otot dengan reaksi ringan dan sembuh dalam 1-2 hari (Dewi, 2012).

4) Imunisasi Polio

Vaksin polio diberikan untuk mencegah penyakit poliomielitis. Penyakit ini disebabkan oleh virus polio pada medulla spinalis yang menyebabkan kelumpuhan. Virus vaksin ini akan menempatkan diri di usus dan akan memacu pembentukan antibodi dalam darah maupun epitelium usus sehingga akan memberikan perlindungan terhadap virus yang masuk kemudian (Dewi, 2012).

a) Cara Pemberian dan Dosis

Vaksin polio diberikan sebanyak 4 kali yaitu polio I, II, III, dan IV yang diberikan secara oral (melalui mulut) setiap kali pemberian sebanyak dua tetes (0,1 ml). Pemberian selanjutnya dengan jarak interval 4 minggu. Penetes (*dropper*) harus diganti dengan yang baru setiap kali membuka vial yang baru (Istriyati, 2011).

b) Kontraindikasi

Anak yang sedang menderita penyakit di saluran cerna tidak boleh menerima vaksin polio. Kontraindikasi pemberian vaksin polio antara lain anak dalam keadaan penyakit akut, demam $>38^{\circ}\text{C}$, muntah atau diare berat, anak dengan immunosupresi atau sedang dalam pengobatan immunosupresif serta memiliki keganasan yang berhubungan dengan retikuloendotelial.

c) Efek Samping

Pada umumnya tidak terdapat efek samping pada pemberian imunisasi polio (Margareta, 2009). Efek samping yang serius seperti lumpuh layu (paralisis) jarang terjadi (Istriyati, 2011).

5) Imunisasi Campak

Vaksin campak merupakan virus campak yang dilemahkan dengan fungsi memberikan kekebalan aktif terhadap campak. Imunisasi campak bertujuan untuk mencegah penyakit campak karena penyakit ini sangat menular dan sering menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB) (Novitasari, 2015).

a) Cara Pemberian dan Dosis

Pemberian vaksin campak sebanyak satu kali pada usia anak 9-11 bulan dengan dosis 0,5 cc. Sebelum disuntikkan vaksin campak dilarutkan dalam cairan pelarut steril sebanyak 5 ml kemudian disuntikkan di lengan kiri atas secara subkutan (Novitasari, 2015).

b) Kontraindikasi

Gangguan imun pada anak perlu diperhatikan. Anak-anak dengan imunodefisiensi (Imun lemah) atau individu dengan gangguan imun akibat leukimia dan

lymphoma merupakan kontraindikasi pemberian vaksin campak (Depkes RI, 2017).

c) Efek Samping

Hingga 15 % pasien dapat mengalami demam ringan dan kemerahan selama 3 hari yang dapat terjadi 8-12 hari setelah divaksinasi. Walaupun dilaporkan ada beberapa variasi temuan, efek samping vaksin campak hidup (tunggal atau gabungan) umumnya adalah ringan dan terbatas untuk anak-anak yang rentan (Pratiwi, 2011).

f. Jadwal Pemberian Imunisasi

Jadwal Imunisasi Rutin Lengkap bagi bayi dan anak	
Umur / Kelompok Sasaran	Jenis Imunisasi
< 24 Jam	Hepatitis B
1 bulan	BCG, Polio tetes 1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio tetes 2
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio tetes 3
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio tetes 4, Polio suntik (IPV)
9 bulan	Campak-Rubella
18 bulan	DPT-HB-Hib
	Campak-Rubella
Kelas 1 SD/Madrasah/Sederajat	Campak-Rubella, DT
Kelas 2 SD/Madrasah/Sederajat	Td
Kelas 5 SD/Madrasah/Sederajat	Td

Imunisasi dasar pada bayi **TIDAK CUKUP!!!**
 Untuk mempertahankan perlindungan terhadap penyakit, imunisasi lanjutan harus diberikan pada anak usia kurang dari 2 tahun (balita) dan anak usia sekolah dasar/madrasah/ sederajat melalui program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)

Gambar 1. Jadwal Pemberian Imunisasi

2. Tinjauan Tentang Imunisasi Measles Rubella (MR)

a. Pengertian

Penyakit Campak dikenal juga sebagai Morbili atau Measles. 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 mata merah (*conjunctivitis*). Penyakit ini akan sangat berbahaya bila disertai dengan komplikasi pneumonia, diare, meningitis, bahkan dapat menyebabkan kematian. Manusia diperkirakan satu-satunya inang (*reservoir*), walaupun monyet dapat terinfeksi tetapi tidak berperan dalam penularan (Kemenkes RI, 2018).

Penyakit Rubella adalah suatu penyakit yang mirip dengan Campak yang juga ditularkan melalui saluran pernapasan saat batuk atau bersin. Seperti juga Campak, Rubella disebabkan oleh virus. Virus Rubella cepat mati oleh sinar ultra violet, bahan kimia, bahan asam dan pemanasan. Rubella pada anak sering hanya menimbulkan gejala demam ringan atau bahkan tanpa gejala sehingga sering tidak dilaporkan, sedangkan Rubella pada wanita dewasa sering menimbulkan sakit sendi (*arthritis* atau *arthralgia*). Rubella pada wanita hamil terutama pada kehamilan trimester pertama dapat

mengakibatkan keguguran atau bayi lahir dengan cacat bawaan yang disebut *congenital rubella syndrome (CRS)* (Kemenkes RI, 2018).

Setiap orang yang belum pernah divaksinasi Campak atau sudah divaksinasi tapi belum mendapatkan kekebalan, berisiko tinggi tertular Campak dan komplikasinya, termasuk kematian. Rubella adalah penyakit akut dan ringan yang sering menginfeksi anak dan dewasa muda yang rentan. Tetapi yang menjadi perhatian dalam kesehatan masyarakat adalah efek kepada janin (teratogenik) apabila Rubella ini menyerang wanita hamil pada trimester pertama. Infeksi Rubella yang terjadi sebelum terjadinya pembuahan dan selama awal kehamilan dapat menyebabkan keguguran, kematian janin atau sindrom rubella kongenital (*Congenital Rubella Syndrome/CRS*) pada bayi yang dilahirkan. CRS umumnya bermanifestasi sebagai Penyakit Jantung Bawaan, Katarak Mata, bintik-bintik kemerahan (Purpura), Microcephaly (Kepala Kecil) dan Tuli (Kemenkes RI, 2018).

Tidak ada pengobatan untuk penyakit campak dan rubella, namun penyakit ini dapat dicegah. Imunisasi dengan vaksin MR adalah pencegahan terbaik untuk kedua penyakit ini. Satu vaksin mencegah dua penyakit sekaligus. Kampanye imunisasi Measles Rubella (MR) adalah suatu kegiatan

imunisasi secara massal sebagai upaya untuk memutuskan transmisi penularan virus campak dan rubella secara cepat, tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya. Imunisasi MR diberikan pada anak usia 9 bulan sampai dengan kurang dari 15 tahun selama masa kampanye. Imunisasi MR masuk ke dalam jadwal imunisasi rutin segera setelah masa kampanye berakhir, diberikan pada anak usia 9 bulan, 18 bulan dan anak kelas 1 SD/ sederajat. (Depkes RI, 2019).

b. Tujuan Imunisasi MR

Tujuan pelaksanaan Imunisasi MR adalah mencapai eliminasi Campak dan pengendalian Rubella/ *Congenital Rubella Syndrome* (CRS) pada tahun 2020.

Tujuan khusus:

1. Meningkatkan kekebalan masyarakat terhadap Campak dan Rubella secara cepat.
2. Memutuskan transmisi virus Campak dan Rubella.
3. Menurunkan angka kesakitan Campak dan Rubella.
4. Menurunkan angka kejadian CRS. (Ditjen P2P, 2017)

c. Kontra Indikasi Imunisasi MR

Kontra indikasi pemberian vaksin MR yaitu Individu yang sedang dalam terapi *kortikosteroid*, *imunosupresan* dan radioterapi; wanita hamil; leukemia, anemia berat dan kelainan darah lainnya; kelainan fungsi ginjal berat; *decompensatio*

cordis (gagal jantung); setelah pemberian gamma globulin atau transfusi darah; riwayat alergi terhadap komponen vaksin (neomicyn) (Kemenkes RI, 2018).

d. Efek Samping

Tidak ada efek samping dalam imunisasi. Demam ringan, ruam merah, bengkak ringan dan nyeri di tempat suntikan setelah imunisasi adalah reaksi normal yang akan menghilang dalam 2-3 hari. Kejadian ikutan pasca imunisasi yang serius sangat jarang terjadi (Kemenkes RI, 2018). Adapun informasi yang menyatakan vaksin MR dapat menyebabkan autisme adalah Tidak benar. Sampai saat ini belum ada bukti yang mendukung bahwa imunisasi jenis apapun dapat menyebabkan autisme. Kandungan etil merkuri dalam vaksin sangat rendah (1,25 mcg/KgBB/minggu) dan masih dalam batas yang diizinkan oleh WHO (maksimal 159 mcg/kgBB/minggu) (Kemenkes RI, 2018).

e. Jadwal Imunisasi

Kampanye Imunisasi MR dilakukan dalam dua fase. Fase pertama di Pulau Jawa pada tahun 2017. Fase kedua di luar Pulau Jawa pada tahun 2018. Masing-masing fase dibagi dalam dua tahap. Tahap satu pada bulan Agustus di sekolah. Tahap dua pada bulan September di fasilitas kesehatan (Puskesmas, Posyandu) (Kemenkes RI, 2018).

Pada anak yang telah menerima 2 dosis vaksin Campak sesuai jadwal, telah mendapat kekebalan terhadap Campak tapi belum mendapat kekebalan terhadap Rubella. Anak tetap harus mendapat Imunisasi MR untuk mendapat kekebalan terhadap Rubella. Imunisasi MR aman bagi anak yang telah mendapat 2 dosis Imunisasi Campak (Kemenkes RI, 2018).

Adapun apabila anak telah mendapat 1 dosis vaksin MMR, dia tetap perlu mendapat Imunisasi MR pada saat kampanye. Imunisasi MR diberikan untuk memastikan kekebalan penuh terhadap penyakit Campak dan Rubella. Imunisasi MR aman diberikan kepada anak yang sudah mendapat vaksin MMR (Kemenkes RI, 2018).

f. Dosis dan Cara Pemberian

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. Pastikan vaksin MR yang digunakan masih dalam kondisi baik. 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. Setelah dioplos/rekonstitusi pastikan vaksin dijaga suhunya 2-8°C (ditaruh di *foam pad*) dan hanya dapat

digunakan dalam batas waktu 6 (enam) jam (Kemenkes RI, 2018).

a) Faktor yang mempengaruhi Pemberian Imunisasi tambahan MR

Faktor-faktor yang membentuk perilaku untuk intervensi dalam pendidikan kesehatan adalah salah satunya dijelaskan dalam Teori Lawrence Green. Teori Lawrence Green merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan atau pun sebagai alat untuk merencanakan kegiatan kesehatan. Teori ini sering menjadi acuan dalam penelitian – penelitian kesehatan masyarakat. Isi Teori Lawrence Green menyebutkan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu:

- a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*) adalah faktor yang dapat mempermudah terjadinya perubahan perilaku dan terwujud dari pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai-nilai, budaya.
- b. Faktor pendukung adalah factor yang mendukung atau memfasilitasi terjadinya perubahan perilaku misalnya fasilitas pelayanan kesehatan, pendidikan, dan informasi kesehatan.
- c. Factor penguat adalah factor yang memperkuat terjadinya perubahan perilaku baik pada individu maupun pada masyarakat (Wibowo, 2014).

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

a. Pengetahuan

a) Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Menurut teori WHO (World Health Organization) salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri (Notoatmodjo, 2012).

b) Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior) dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu :

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan

tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*), Sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah, untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan (Notoatmodjo, 2012).

b. Memahami (Comprehention)

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 contohnya menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari (Notoatmodjo, 2012).

c. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain (Notoatmodjo, 2012).

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

e. Sintetis (*Syntetis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada, Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada (Notoatmodjo, 2012).

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang

ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Notoatmodjo, 2012).

g. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2010).

Pertanyaan (*test*) yang dapat dipergunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua jenis:

- 1) Pertanyaan Subjektif; bentuk pertanyaannya berupa *essay*.
- 2) Pertanyaan Objektif; jenis pertanyaan berupa pilihan ganda, betul/salah dan pertanyaan menjodohkan (Arikunto S, 2010).

Pertanyaan berupa *essay* disebut pertanyaan subjektif karena penilaian untuk pertanyaan ini melibatkan faktor subjektif dari penilaian, sehingga nilainya akan berbeda dari seorang penilai dibandingkan dengan yang lain dan dari satu waktu ke waktu lainnya. Pertanyaan pilihan ganda, betul/salah, menjodohkan,

disebutkan pertanyaan objektif karena pertanyaan-pertanyaan tersebut dapat dinilai secara pasti oleh penilainya tanpa melibatkan faktor subjektifitas dari penilai (Arikunto S, 2010).

h. Sumber pengetahuan

Pengetahuan dapat diperoleh dengan beberapa cara, yaitu :

1. Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

- a. Cara coba salah (*Trial and Error*). Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba. Kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan .
- b. Cara kekuasaan atau otoritas. Pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintahan, otoritas pemimpin, agama maupun ahli pengetahuan .
- c. Berdasarkan pengalaman pribadi. Hal ini dilakukan dengan mengulang kembali pengalaman yang

diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa yang lalu.

d. Melalui jalan pikiran. Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan, manusia telah menggunakan jalan pikirannya baik melalui induksi maupun deduksi.

2. Cara modern. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1623) mengembangkan tentang metode berpikir induktif kemudian dilanjutkan oleh Dallen, yang mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan menggandakan observasi langsung dan membuat pencatatan semua factor sehubungan dengan objek yang telah diteliti. Akhirnya lahir cara melakukan suatu penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan metode penelitian ilmiah (Maryam, 2014).

Dari pengalamannya dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang

tersebut terjadi proses yang berurutan di singkat AIETA, yang artinya :

- 1) Kesadaran (*Awareness*), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- 2) Merasa tertarik (*Interest*), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
- 3) *Evaluation* Menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- 5) *Adaption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian, dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seerti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran dari sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2012).

a) Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Baik : Hasil presentase 76 - 100%
- b. Cukup : Hasil presentase 56 - 75%
- c. Kurang : Hasil presentase < 56 % (Wawan dan Dewi, 2012).

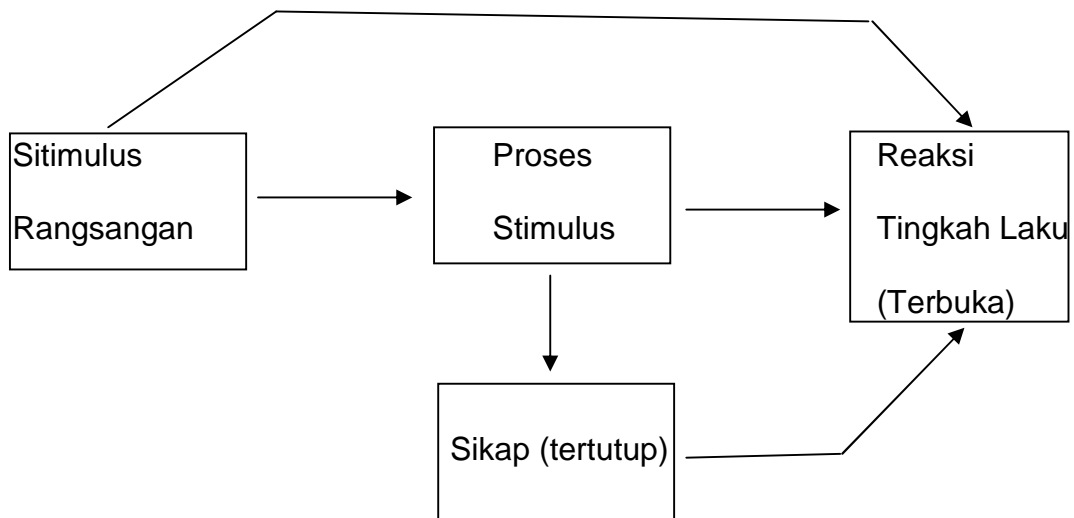
b. Sikap

Sikap merupakan respon atau reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap menunjukkan adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus social (Notoatmodjo, 2012).

Secara garis besar sikap terdiri dari komponen kognitif (ide yang dipelajari), komponen perilaku (berpengaruh terhadap respon

sesuai atau tidak sesuai), dan komponen emosi (menimbulkan respon-respon yang konsisten) (Wawan & Dewi, 2011).

Berikut akan disajikan skema terbentuknya sikap dan reaksi.



Gambar 2. Proses terbentuknya sikap dan reaksi

Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan :

- a. Menerima (*receiving*) : seseorang mau dan memperhatikan rangsangan yang diberikan.
- b. Merespons (*responding*) : memberi jawaban apabila ditanya, menyelesaikan tugas yang diberikan sebagai tanda seseorang menerima ide tersebut.
- c. Menghargai (*valuing*) : tingkatan selanjutnya dari sikap adalah menghargai. Menghargai berarti seseorang dapat menerima ide dari orang lain yang mungkin saja berbeda

dengan idenya sendiri, kemudian dari dua ide yang berbeda tersebut didiskusikan bersama antara kedua orang yang mengajukan ide tersebut.

- d. Bertanggung jawab (*responsible*) : mampu mempertanggung jawabkan sesuatu yang telah dipilih merupakan tingkatan sikap yang tertinggi (Notoatmodjo, 2012).

Fungsi sikap yaitu :

- a. Fungsi instrumental atau fungsi manfaat atau fungsi penyesuaian.

Disebut fungsi manfaat karena sikap dapat membantu mengetahui sejauh mana manfaat objek sikap dalam pencapaian tujuan. Dengan sikap yang diambil oleh seseorang, orang dapat menyesuaikan diri dengan baik terhadap lingkungan sekitar, disini sikap berfungsi untuk penyesuaian.

- b. Fungsi pertahanan ego.

Sikap tertentu diambil seseorang ketika keadaan dirinya atau egonya merasa terancam. Seseorang mengambil sikap tertentu untuk mempertahankan egonya.

- c. Fungsi ekspresi nilai.

Pengambilan sikap tertentu terhadap nilai tertentu akan menunjukkan sistem nilai yang ada pada diri individu yang bersangkutan.

d. Fungsi pengetahuan.

Jika seseorang mempunyai sikap tertentu terhadap suatu objek, itu berarti menunjukkan orang tersebut mempunyai pengetahuan terhadap objek sikap yang bersangkutan (Wawan & Dewi, 2011).

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap menurut Wawan & Dewi (2011) adalah :

a. Pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat agar dapat dijadikan sebagai dasar pembentukan sikap yang baik. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika pengalaman pribadi yang terjadi melibatkan faktor emosional.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Individu cenderung mempunyai sikap yang searah dengan orang yang dianggapnya penting karena dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggapnya penting tersebut.

c. Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya sehingga kebudayaan yang dianut menjadi salah satu faktor penentu pembentukan sikap seseorang.

d. Media massa

Media massa yang harusnya disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulis sehingga berpengaruh juga terhadap sikap konsumennya.

e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan system kepercayaan sehingga konsep ini akan ikut mempengaruhi pembentukan sikap.

f. Faktor emosional

Sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi sebagai bentuk pertahanan egonya.

Cara pengukuran sikap

a. Skala Thurstone (*Method of Equal-Appearing Intervals*)

Teknik ini disusun oleh Thurstone yang didasarkan pada asumsi nilai skala yang berasal dari rating para penilai tidak dipengaruhi oleh sikap penilai terhadap isu. Metode ini menempatkan sikap seseorang pada rentangan kontinum dari yang sangat *unfavorable* sampai yang sangat *favorable*

terhadap suatu objek sikap. Caranya yaitu dengan memberikan orang tersebut beberapa item sikap yang telah ditentukan derajat favorabilitasnya. Pembuat skala perlu membuat sampel pernyataan sikap sekitar 100 buah atau lebih, kemudian pernyataan-pernyataan tersebut diberikan kepada beberapa orang penilai untuk menentukan derajat favorabilitasnya. Rentang favorabilitas dari 1 sampai 11. Median dari penilaian antar penilai terhadap item ini dijadikan sebagai nilai skala masing-masing item. Pembuat skala menyusun item dari skala terendah sampai tertinggi, kemudian memilih item untuk kuesioner skala sikap yang sesungguhnya dan selanjutnya diberikan kepada responden untuk menunjukkan seberapa besar kesetujuan atau ketidaksetujuannya pada masing-masing item (Wawan & Dewi, 2011).

b. Skala Likert (*Method of Summateds Ratings*)

Item dalam skala Likert dibagi menjadi kelompok *favorable* dan *unfavorable*. Untuk item *favorable*, jawaban sangat setuju nilainya 5, sedangkan jawaban sangat tidak setuju nilainya 1. Item *unfavorabel*, nilai untuk jawaban sangat setuju adalah 1, sedangkan jawaban untuk sangat tidak setuju diberi nilai 5. Skala Likert disusun dan diberi skor sesuai dengan skala interval sama (Riyanto, 2011).

c. Skala Guttman

Pengukuran dengan menggunakan skala Guttman hanya akan ada dua jawaban, yaitu “ya-tidak”, “benar-salah”, “pernah-tidak pernah”, “setuju-tidak setuju”, dan lain-lain. Skala Guttman digunakan apabila ingin mendapatkan jawaban yang tegas tentang permasalahan yang dipertanyakan. Penilaian pada skala Guttman untuk jawaban setuju diberi skor 1 dan jika tidak setuju diberi skor 0 (Sugiyono, 2009).

Sikap dikatakan positif (mendukung) bila hasil mean lebih besar daripada rata-rata, sedangkan dikatakan negatif (tidak mendukung) bila hasil mean lebih rendah daripada rata-rata.

a. Kepercayaan

Menurut Notoatmodjo (2012), kepercayaan adalah komponen kognitif dari faktor sosio-psikologis. Kepercayaan ini dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan, dan kepentingan. Hal ini dimaksudkan bahwa orang percaya kepada sesuatu karena ia mempunyai pengetahuan tentang itu. Keyakinan sering diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

Kepercayaan yang diyakini masyarakat dapat juga berupa kebiasaan yang ada dimasyarakat yang merupakan pelaziman dari waktu kewaktu. Kebiasaan ini sering dikaitkan dengan adat dimasyarakat yang turun temurun karena kebiasaan pada umumnya sudah melekat pada diri seseorang termasuk kebiasaan yang kurang menguntungkan bagi kesehatan.

b. Sosial ekonomi

Pemberian ekonomi seseorang berhubungan pada kemampuan seseorang membiayai pelayanan kesehatan. Seseorang mungkin tahu akan pentingnya kesehatan namun karena terkendala biaya orang tersebut memutuskan untuk tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Pendapatan keluarga yang rendah akan menjadi pertimbangan ibu untuk tidak mengimunisasikan anaknya. Dampak lain adalah ibu lebih memilih bekerja untuk membantu pendapatan keluarga sehingga waktu untuk membawa anak imunisasi berkurang (Mulyanti, 2013).

c. Umur

Usia individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan

masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya, makin tua seseorang maka makin kondusif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi (Notoatmodjo, 2010).

d. Budaya

Kebudayaan adalah sesuatu yang akan mempengaruhi tingkat pengetahuan dan meliputi sistem ide atau gagasan yang terdapat dalam pikiran manusia, sehingga dalam kehidupan sehari-hari, kebudayaan itu bersifat abstrak. Sedangkan perwujudan kebudayaan adalah benda-benda yang diciptakan oleh manusia sebagai makhluk yang berbudaya, berupa perilaku dan benda-benda yang bersifat nyata, misalnya pola-pola perilaku, bahasa, peralatan hidup, organisasi sosial, religi, seni, dan lain-lain, yang kesemuanya ditujukan untuk membantu manusia dalam melangsungkan kehidupan bermasyarakat (Wikipedia, 2010).

2. Faktor Pendukung (*Enabling Factors*)

a. Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap seseorang atau kelompok orang dalam usaha

mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Pendidikan berpengaruh pada cara berfikir, tindakan dan pengambilan keputusan seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan, semakin tinggi pendidikan ibu akan semakin baik pengetahuannya tentang kesehatan. Wanita yang berpendidikan tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya (Hutapea, 2015).

b. Keterjangkaun Tempat Pelayanan Imunisasi

Salah satu faktor yang menghubungkan pencapaian derajat kesehatan, termasuk pemberian kelengkapan imunisasi dasar adalah adanya keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Kemudahan untuk mencapai pelayanan kesehatan ini antara lain ditentukan oleh adanya transportasi yang tersedia sehingga dapat memperkecil jarak tempuh, hal ini akan menimbulkan motivasi ibu untuk datang ketempat pelayanan imunisasi (Agustina, 2012).

Menurut Lawrence W. Green (1980), Ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan termasuk tenaga kesehatan yang ada dan mudah dijangkau merupakan salah satu faktor yang memberi kontribusi terhadap perilaku dalam mendapatkan pelayanan

kesehatan. Semakin kecil jarak jangkauan masyarakat terhadap suatu tempat pelayanan kesehatan, maka akan semakin sedikit pula waktu yang diperlukan sehingga tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan meningkat (Notoatmodjo, 2010).

3. Faktor Pendorong (*Reinforcing Factors*)

a. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Keseluruhan elemen tersebut terwujud dalam bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan (Friedman, 2010).

Seorang ibu yang memiliki sikap positif terhadap imunisasi anaknya perlu mendapat dukungan dari suami berupa konfirmasi atau izin dan fasilitas yang mempermudah jangkauan imunisasi serta motivasi untuk rutin imunisasi sesuai jadwal (Suzanne, 2011). Selain dari suami ibu juga membutuhkan dukungan keluarga dari orangtua/mertua yang juga memiliki sikap positif terhadap imunisasi (Pratiwi, 2012).

Keluarga memiliki empat fungsi suportif menurut Caplan (1976) yang dikutip oleh Friedman.M (1998) yaitu

(1) Dukungan Informasional adalah keluarga berfungsi sebagai kolektor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia,

(2) Dukungan Penilaian adalah keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota,

(3) Dukungan Instrumental adalah keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit,

(4) Dukungan Emosional adalah keluarga sebagai sebuah tempat pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

b. Dukungan Petugas Kesehatan

Sebagai seseorang yang dipercaya ibu-ibu dalam mengatasi masalah bayi, petugas kesehatan hendaknya memberikan nasihat kepada seorang ibu pemulaan menyusui agar dapat menumbuhkan kepercayaan diri ibu untuk menyusui bayinya sesegera mungkin.

Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari

perilaku masyarakat. Rumusan teori digambarkan sebagai

berikut: $B = f (PF, EF, RF)$

Keterangan :

B = Behaviour

PF = Predisposing Factor

EF = Enabling Factor

RF = Reinforcing factor

f = Fungsi (Notoatmodjo, 2012).

B. Landasan Teori

Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit sehingga bila kelak terpajan pada penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit. Kekebalan yang diperoleh dari imunisasi dapat berupa kekebalan pasif dan kekebalan aktif. (Puspitaningrum, 2013).

Kampanye imunisasi Measles Rubella (MR) adalah suatu kegiatan imunisasi secara massal sebagai upaya untuk memutuskan transmisi penularan virus campak dan rubella secara cepat, tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya. Tidak ada pengobatan untuk penyakit campak dan rubella, namun penyakit ini dapat dicegah. Imunisasi dengan vaksin MR adalah pencegahan terbaik untuk kedua penyakit ini. Satu vaksin mencegah dua penyakit sekaligus. Imunisasi MR diberikan pada anak usia 9 bulan sampai dengan kurang dari 15 tahun selama masa kampanye. Imunisasi MR masuk ke dalam jadwal imunisasi rutin segera setelah masa kampanye berakhir, diberikan pada anak usia 9 bulan, 18 bulan dan anak kelas 1 SD/ sederajat (Depkes RI, 2019).

Tujuan khusus Imunisasi MR yaitu : 1) Meningkatkan kekebalan masyarakat terhadap Campak dan Rubella secara cepat. 2) Memutuskan transmisi virus Campak dan Rubella. 3) Menurunkan angka kesakitan Campak dan Rubella. 4) Menurunkan angka kejadian CRS (Ditjen P2P, 2017).

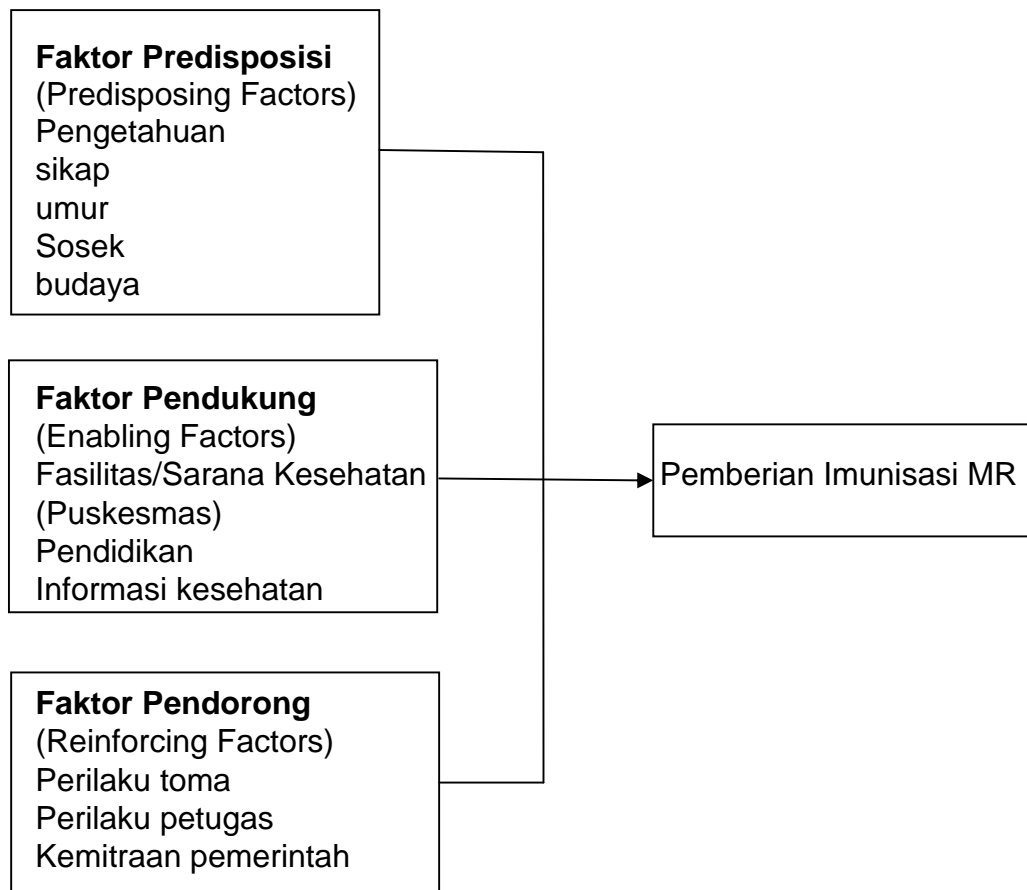
Determinan keberhasilan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, umur, social ekonomi, budaya. Faktor pendukung (*enabling factors*) yang terwujud dalam fasilitas, pendidikan dan informasi kesehatan. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam perilaku toko masyarakat, perilaku petugas, kemitraan pemerintah (Wibowo, 2014).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu melalui proses melihat, mengalami dan diajar sangat menentukan terjadinya tindakan untuk seseorang individu (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan ibu tentang imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) akan mempengaruhi perilaku ibu dalam memberikan imunisasi tersebut kepada anaknya. Adapun Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam tindakan nyata (Notoatmodjo, 2012).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasi, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional (Friedman, 2010). Seorang ibu yang memiliki sikap positif terhadap imunisasi anaknya perlu mendapat dukungan dari suami berupa

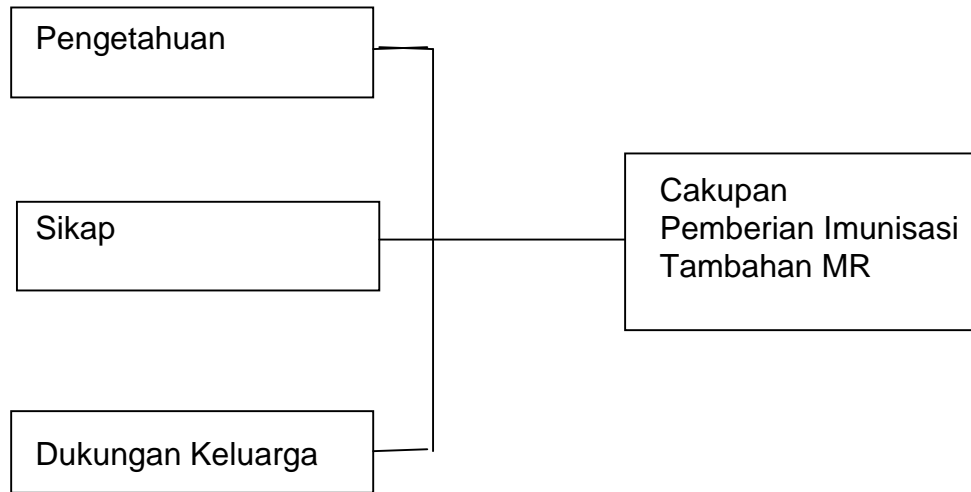
konfirmasi atau izin dan fasilitas yang mempermudah jangkauan imunisasi serta motivasi untuk rutin imunisasi sesuai jadwal (Suzanne, 2011). Selain dari suami ibu juga membutuhkan dukungan keluarga dari orangtua/mertua yang juga memiliki sikap positif terhadap imunisasi (Pratiwi, 2012).

C. Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori dari Notoadmodjo (2010)

D. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

Keterangan :

Variabel bebas : Pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga

variabel terikat : Cakupan pemberian imunisasi MR

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis factor penyebab rendahnya cakupan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) di wilayah kerja Puskesmas Poasia. Penelitian studi kasus adalah suatu proses pengumpulan data dan informasi secara mendalam, mendetail, intensif, holistic, dan sistematis tentang orang, kejadian, social setting (latar social), atau kelompok dengan menggunakan berbagai metode dan tehnik serta banyak sumber informasi untuk memahami secara efektif bagaimana orang, kejadian, latar alami (social setting) itu beroperasi dan berfungsi sesuai dengan konteksnya.

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Poasia pada bulan juli 2019.

C. Responden

Teknik pengambilan responden yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik Purposive Sampling. Teknik purposive sampling dalam penelitian ini adalah peneliti tidak menjadikan semua orang sebagai responden tetapi peneliti memilih responden yang dipandang dapat diajak bekerja sama seperti orang yang bersikap

terbuka dalam menjawab semua pertanyaan yang diajukan peneliti. Pemilihan responden dilakukan pula dengan mengikuti asas kecukupan dan kesesuaian. Asas kecukupan dapat diartikan data yang diperoleh dari responden diharapkan dapat menggambarkan fenomena yang berkaitan dengan topic penelitian sedangkan asas kesesuaian berarti responden dipilih berdasarkan keterkaitan dengan topic penelitian. Responden dalam penelitian ini adalah 7 sampai 10 orang ibu yang memiliki anak usia 9 bulan sampai 5 tahun yang tidak membawa anaknya untuk diberikan suntikan Imunisasi Measles Rubella.

D. Defenisi Operasional

Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu yang di definisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Riyanto, 2011).

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur
1.	Tingkat pengetahuan ibu tentang kelengkapan imunisasi tambahan MR (Measles Rubella)	Pengetahuan ibu mengenai imunisasi Measles Rubella (MR) meliputi pengertian, tujuan, manfaat, gejala bahaya, jadwal pemberian, tempat pelayanan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)	Kuisisioner	wawancara
2.	Sikap	Respon atau pandangan ibu mengenai pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)	Kuisisioner	Wawancara

3.	Dukungan keluarga	Dukungan yang diberikan suami, mertua, dan orang tua terhadap ibu bayi terkait program imunisasi.	Kuisisioner	Wawancara
4.	Imunisasi tambahan Measles Rubella (MR)	Imunisasi Measles Rubella (MR) adalah suatu kegiatan imunisasi sebagai upaya untuk memutuskan transmisi penularan virus campak dan rubella secara cepat, tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya.	Kuisisioner	Wawancara
5.	Cakupan Imunisasi tambahan Measles Rubella	Cakupan nasional imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) adalah 95 %. Sementara cakupan pada puskesmas Poasia adalah 71%.	Data puskesmas	Laporan Imunisasi puskesmas Poasia

E. Instrumen Penelitian

Sesuai dengan karakteristik penelitian kualitatif yaitu instrument penelitian adalah peneliti sendiri. Dalam pelaksanaan wawancara mendalam penulis menggunakan pedoman wawancara mendalam disertai dengan pertanyaan yang berhubungan dengan materi yang akan disampaikan, (panduan wawancara), alat tulis dan alat rekam saat dilakukan wawancara.

F. Jenis dan Sumber Data

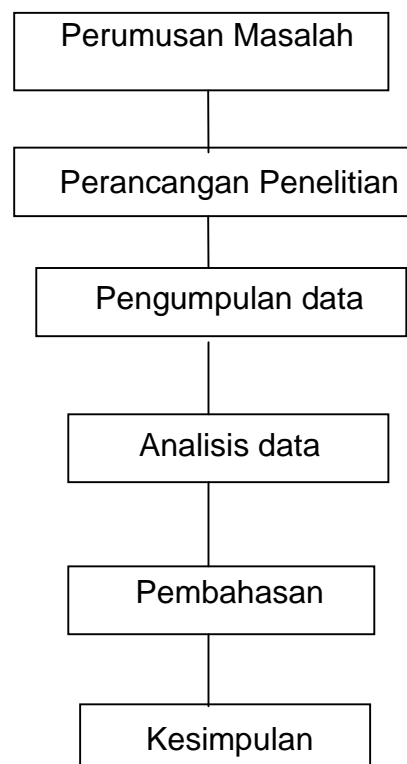
Data penelitian berupa data primer yaitu informasi atau jawaban dari subyek penelitian yang dikumpulkan melalui wawancara langsung. wilayah kerja Puskesmas Poasia pada bulan mei dan juni 2019.

Adapun sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sumber data primer dan sumber data sekunder.

1. Data primer adalah data yang berupa jawaban langsung dari informan. Data ini berupa hasil dari wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti dengan beberapa ibu yang memiliki anak usia 9 bulan sampai 5 tahun yang dikumpulkan melalui wawancara langsung di wilayah kerja Puskesmas Poasia pada bulan Mei dan Juni 2019.
2. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber tertulis, misal media massa, arsip hasil penelitian sebagai tambahan data.

G. Alur Penelitian

Alur penelitian dijelaskan sebagai berikut :



Gambar 5: Alur penelitian

a. Tehnik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara (*indepth interview*). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik wawancara tidak terstruktur atau wawancara mendalam. Wawancara dilakukan dengan bebas dengan suasana informal dan pertanyaan tidak terstruktur namun tetap mengarah pada fokus masalah penelitian. Peneliti menerapkan teknik *face to face* sehingga peneliti dapat mengungkap secara langsung keterangan dari informan tanpa melalui perantara yaitu langsung bertatap muka dengan para informan yang terdiri dari 10 ibu yang memiliki anak usia 9 bulan sampai 5 tahun. Peneliti mencatat informasi yang diberikan oleh informan dan mendiskusikan yang belum jelas tanpa memberikan pengaruh terhadap informan mengenai jawaban yang diberikan.

Dipandang dari bentuk pertanyaan, penelitian ini menggunakan wawancara terbuka, yaitu wawancara yang terdiri dari pertanyaan yang memungkinkan informan menjawab pertanyaan dengan panjang lebar dan bersikap lentur sesuai dengan keadaan di lapangan atau realitas sosial yang ada. Teknik wawancara ini dilakukan pada semua informan. Dengan karakteristiknya bahwa wawancara ini bersifat lentur, terbuka, tidak terstruktur ketat dan tidak dalam suasana formal dan jika ada data

yang kurang maka dapat mengulanginya lagi pada informan yang sama.

b. Prosedur Penelitian

1. Tahap Persiapan

- 1) Menyusun rancangan penelitian
- 2) Menyiapkan perlengkapan penelitian
- 3) Mempersiapkan surat izin penelitian

2. Tahap Pelaksanaan

- 1) Mengumpulkan informasi (data) dari subyek penelitian
- 2) Menganalisis data

3. Tahap Penyelesaian

Membuat laporan tertulis mengenai hasil penelitian dan mempresentasikannya dalam ujian skripsi.

H. Validitas Data

Pengecekan keabsahan data sangat perlu dilakukan agar data yang dihasilkan dapat dipercaya dan dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Pengecekan keabsahan data merupakan suatu langkah untuk mengurangi kesalahan dalam proses perolehan data penelitian yang

tentunya akan berimbas terhadap akhir dari suatu penelitian. Maka dari itu, dalam proses pengecekan keabsahan data pada penelitian itu harus melalui beberapa teknik pengujian. Adapun teknik yang digunakan dalam pemeriksaan keabsahan data yaitu.

1. Triangulasi

William Wiersma (1986) mengatakan triangulasi dalam pengujian kredibilitas diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai waktu. Dengan demikian terdapat triangulasi sumber, triangulasi teknik pengumpulan data, dan waktu (Sugiyono, 2007).

a. Triangulasi Sumber

Untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Data yang diperoleh dianalisis oleh peneliti sehingga menghasilkan suatu kesimpulan selanjutnya dimintakan kesepakatan (*member check*) dengan tiga sumber data (Sugiyono, 2007)

b. Triangulasi Teknik

Untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Misalnya untuk mengecek data bisa melalui wawancara, observasi, dokumentasi. Bila dengan teknik pengujian kredibilitas data tersebut menghasilkan data yang berbeda, maka peneliti melakukan diskusi lebih lanjut kepada sumber data yang bersangkutan untuk

memastikan data mana yang dianggap benar (Sugiyono, 2007)). Triangulasi ini digunakan untuk memperoleh data tentang faktor rendahnya cakupan imunisasi Measles Rubella dipuskesmas Poasia.

c. Triangulasi Waktu

Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara di pagi hari pada saat narasumber masih segar, akan memberikan data lebih valid sehingga lebih kredibel. Selanjutnya dapat dilakukan dengan pengecekan dengan wawancara, observasi atau teknik lain dalam waktu atau situasi yang berbeda. Bila hasil uji menghasilkan data yang berbeda, maka dilakukan secara berulang-ulang sehingga sampai ditemukan kepastian datanya (Sugiyono, 2007:274).

I. Pengolahan Dan Analisis Data

1. Membaca dan mempelajari transkrip wawancara yang telah dibuat untuk menemukan informasi (data) yang berkaitan dengan rendahnya pencapaian pemberian imunisasi tambahan MR.
2. Menggaris bawahi data yang berkaitan dengan rendahnya pencapaian pemberian imunisasi tambahan MR.
3. Membuat daftar hasil informasi (data) yang diperoleh dari wawancara.
4. Memilah data yang mengandung makna sama digabungkan menjadi suatu kelompok data.
5. Membuat chart atau skema yang mengacu dari teori Green
6. Mengklasifikasikan data sesuai chart atau skema yang ada

7. Menarik kesimpulan

J. Etika Penelitian

Pertimbangan etik dalam studi kualitatif berkenaan dengan pemenuhan hak-hak partisipan Mauthner, Birch, Jessop dan Miller (2005) menyatakan bahwa pemenuhan hak-hak tersebut minimal memiliki prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Prinsip menghargai harkat dan martabat partisipan

- a. Menjaga kerahasiaan identitas partisipan (anonymity)
- b. Kerahasiaan data (confidentiality)
- c. Menghargai privasi dan dignity
- d. Menghormati otonomy (respect for autonomy)

2. Prinsip memperhatikan kesejahteraan partisipan

Penerapan prinsip ini dilakukan peneliti dengan memerhatikan kemanfaatan (beneficence) dan meminimalkan resiko (nonmaleficience) dari kegiatan penelitian yang dilakukandengan memerhatikan kebebasan dari bahaya (free from harm), eksploitasi (free from eksploitation), dan ketidaknyamanan (free from discomfort)

3. Prinsip keadilan (justice) untuk semua partisipan

Semua partisipan memperoleh perlakuan dan kesempatan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang telah disepakati. Setiap partisipan memiliki hak untuk diperlakukan adil an tidak dibeda-bedakan diantara mereka.

4. Persetujuan setelah penjelasan (informed consent)

Apabila partisipan setuju mengikuti kegiatan penelitian yang dilakukan, peneliti menyediakan lembar pernyataan persetujuan (informed onsent form) yang menyatakan kesediaan partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan (Afiyanti, Rachmawati,2014).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran lokasi penelitian

a. Letak geografis

Puskesmas poasia terletak di kecamatan poasia kota kendari, sekitar 9 km ibukota provinsi. Sebagian besar wilayah kerja merupakan dataran rendah dan sebagian merupakan perbukitan sehingga sangat ideal untuk pemukiman. Di bagian utara berbatasan dengan teluk kendari yang sebagian besar berupa hamparan empang. Pada bagian barat yang mencakup 2 kelurahan (kelurahan anduonohu dan kelurahan eahandouna serta kelurahan wundumbatu) merupakan daerah dataran yang ideal untuk pemukiman sehingga sebagian besar penduduk bermukim di kedua kelurahan ini. Pada bagian timur merupakan daerah perbukitan.

- 1) Sebelah utara berbatasan dengan teluk kendari
- 2) Sebelah timur berbatasan dengan kecamatan abeli
- 3) Sebelah selatan berbatasan dengan kecamatan moramo
- 4) Sebelah barat berbatasan dengan kecamatan kambu

Luas wilayah kerja puskesmas poasia sekitar 4.175 ha atau 44.75 KM atau 15.12% dari luas dataran kota kendari dari 4 kelurahan definitif, yaitu anduonohu luas 1.200 ha, rahandouna

luas 1.275 ha, anggoeya luas 1.400 ha dan matabubu luas 300 ha dengan 82 rw/rk dengan jumlah penduduk 28.932 jiwa tahun 2018 serta wundumbatu dengan jumlah penduduk 6.411 jiwa dan dengan jumlah rumah tangga sebanyak 8.558 kepala keluarga dan dengan tingkat kepadatan penduduk 49 orang/m² atau 490 orang/km dengan tingkat kepadatan hunian rumah rata-rata 5 orang/rumah.

b. Keadaan Demografi

Penduduk adalah orang atau sejumlah orang yang menempati suatu wilayah tertentu dalam jangka panjang waktu tertentu. Data tentang kependudukan sangat penting artinya di dalam menghitung sebaran jumlah penduduk, usia penduduk, pekerjaan, pendapatan dan pendidikan. Data ini bisa diperoleh dari laporan penduduk, sensus penduduk dan survei penduduk.

Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas poasia pada tahun 2018 sebanyak 31.934 jiwa yang tersebar di 5 wilayah kelurahan.

Tabel 1.
Distribusi Penduduk Menurut Jumlah KK dan Jumlah Penduduk
pada Masing-Masing Kelurahan di Wilayah Kerja
Puskesmas Poasia Kota Kendari

No	Kelurahan	Luas Wilayah (Km2)	Jumlah Penduduk	Jumlah Rumah Tangga	Rata-rata Jiwa/Rumah Tangga
1.	Anduonohu	275ha	11801	2.094	10.948
2.	Rahandouna	37ha	6396	784	8512
3.	Anggoeya	.400ha	5836	1.838	5591
4.	Mata bubu	300	1490	1.283	2477
5	Wundumbatu	637	6411	465	7821
Jumlah		75ha	31934	6464	35349

Sumber : data sekunder kecamatan tahun 2018

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa penduduk yang terbanyak dapat pada kelurahan rahandouna sebanyak 11.801 jiwa dengan luas wilayah 1.275 ha dan jumlah rumah tangga sebanyak 2094 serta jumlah rumah tangga sebanyak 10.948.

c. Keadaan sosial ekonomi

Sebagian besar penduduk wilayah kecanmatan poasia adalah suku muna dengan penganut agama islam sebesar 59,7%, agama kristen protestan 24%, kristen katolik 5% dan agama hindu 1%.

Sarana ibadah berupa mesjid 19 unit, dan gereja 2 unit. Bahasa pengantar sehari-hari yang dipergunakan masyarakat kecamatan poasia adalah bahasa indonesia.

Seluruh kelurahan dalam wilayah kerja puskesmas poasia dapat di jangkau dengan kendaraan roda empat, kecuali pada beberapa dusun yang agak terpencil yang hanya bisa dijangkau dengan kendaraan roda dua.

Wilayah kerja puskesmas poasia merupakan daerah pengembangan yang ditandai dengan pesatnya penambahan pemukiman ataupun perumahan. Perkembangan ini diikuti dengan penambahan sarana prasarana sosial kemasyarakatan.

d. Sumber daya puskesmas

1) Sarana di puskesmas poasia

a) Puskesmas pembantu sebanyak 2 unit terdiri dari

- Pustu anggoeya
- Pustu batumarupa

b) Pondok bidan kelurahan sebanyak 4 buah, terdapat di kelurahan:

- Kelurahan anduonohu
- Kelurahan matabubu

c) Kendaraan roda 4 sebanyak 2 unit

d) Kendaraan roda 2 sebanyak 14 unit

e) Posyandu aktif sebanyak 16 unit

- f) Posyandu usia lanjut sebanyak 4 unit
- g) Dukun terlatih sebanyak 4 orang
- h) Kader posyandu sebanyak 75 orang
- i) Toko obat berizin sebanyak 4 buah
- j) Apotek sebanyak 1 apotek

Puskesmas poasia merupakan puskesmas perawatan dengan kapasitas tempat tidur 17 buah, yang terdiri dari perawatan persalinan dengan kapasitas tempat tidur 2 buah dan perawatan umum dengan kapasitas tempat tidur 15 buah.

2) Tenaga kesehatan

Jumlah tenaga berdasarkan kompetensi puskesmas tahun 2018. Tenaga sarjana keperawatan sebanyak 29 orang, perawat sebanyak 23 orang (43,94%) dan tenaga yang terkecil terdapat pada tenaga DIII kebidanan sebanyak 13 orang (16,15%). (data primer puskesmas poasia 2018)

B. Hasil Penelitian

Penelitian dengan judul Analisis faktor rendahnya cakupan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) di wilayah kerja Puskesmas Poasia, dilaksanakan selama ± 3 minggu dimulai pada 03 agustus 2019 sampai 22 Agustus 2019.

Berdasarkan hasil wawancara diidentifikasi rendahnya cakupan imunisasi Measles Rubella (MR) di UPTD Puskesmas Poasia :

1. Pengetahuan Ibu Tentang Pemberian Imunisasi Measles Rubella (MR) Terhadap Rendahnya Cakupan Pemberian Imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia.

Pengetahuan akan memberi pemahaman kepada seseorang, sehingga ketika memahami suatu stimulus maka orang tersebut dapat menentukan perilaku apa yang akan dilakukan. (Notoadmojo, 2012)

Hasil wawancara yang dilakukan pada sebagian besar ibu yang memiliki anak usia 9 bulan sampai 15 tahun, masih banyak ibu yang belum mengetahui dan paham tentang imunisasi Measles Rubella (MR). Dalam penelitian ini peneliti mengajukan beberapa pertanyaan terkait pengetahuan responden terhadap imunisasi tambahan Measles Rubella (MR).

Pengetahuan responden saat ditanya mengenai pengertian imunisasi Measles Rubella (MR) dari 10 responden banyak yang tidak mengetahui pengertian imunisasi tersebut seperti jawaban responden berikut :

....Saya tidak tahu pengertiannya... (Ny. S¹)

....saya kurang tahu hanya saya pernah dengar... (Ny. M)

...saya tidak tahu juga bu jarang saya dengar.... (Ny.S²)

Terkait tentang adanya program imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) yang diadakan oleh pemerintah ini jawaban mereka beragam ada yang menyatakan kalau mereka mengetahui program ini dan ada juga yang menyatakan kalau mereka tidak mengetahui adanya program ini seperti jawaban responden berikut:

....Iya, saya tahu adanya program ini tapi saya tidak datang pas pemberian imunisasinya (Ny.M)

.... Iya, saya tahu bu (Ny. A)

...Saya tidak tahu juga bu (Ny.T)

Adapun mengenai tujuan imunisasi menunjukkan belum pahamnya mereka terkait Imunisasi tambahan Measles Rubella (MR), rata-rata mereka menjawab tidak mengetahui tujuannya. Begitu pula saat ditanya tentang pengertian dari penyakit campak dan rubella, responden tidak mengetahui pengertian dari penyakit tersebut, seperti pernyataan responden berikut :

....saya tidak tahu juga pastinya (Ny. S²)

Begitu pula saat ditanya mengenai bahaya dan seperti apa gejala yang timbul dari penyakit campak dan rubella ini, responden belum mempunyai pengetahuan yang baik mengenai hal ini karena berdasarkan jawaban dari responden mereka masih kurang mendapat informasi mengenai imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) ini, seperti pernyataan dari responden berikut :

....saya tidak tau cuma pernah saya dengar ada suntikan campak rubella sama anak-anak langsung sakit...baru ada juga orang bilang tidak halal... Kalau imunisasi yang lain-lain saya tau ji. Saya bawa terus anakku posyandu (Ny.S²)

.... bahaya sama anak-anak karena anak bisa sakit (Ny.M)

Adapun saat peneliti menanyakan bagaimana agar terlindung dari penyakit campak dan rubella, berikut jawaban dari responden diantaranya :

....Dengan imunisasi campak rubella ini ya bu (Ny. T)

....dengan memberikan imunisasi tersebut mungkin bu (Ny. M)

.... Saya nda tahu juga(Ny. N)

Peneliti juga menanyakan kepada responden, siapakah yang beresiko terkena penyakit campak dan rubella jawaban responden diantaranya yaitu :

.... Anak-anak kalau tidak salah (Ny. K)

.... Yang beresiko mungkin anak-anak dan ibu hamil juga (Ny.T)

.... Anak-anak yang beresiko (Ny.M)

Pertanyaan peneliti tentang usia berapa dan bagaimana cara pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR), masih banyak responden yang belum mengetahui hal tersebut seperti jawaban responden berikut :

....Saya kurang tau juga usia berapa yang itu, kalau campak saja 9 bulan...kalau campak saja di lengan, mungkin sama saja pemberiannya karena sama-sama campak. (Ny.S²)

...kalau campak saja umur 9 bulan, kalau yang ini saya kurang tahu, mungkin yang disuntik dilengan itu (Ny.T)

Adapun mengenai dimana anak bisa mendapatkan pelayanan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) rata-rata jawaban dari responden adalah posyandu

....Diposyandu kalau mau suntik (Ny. R)

....Di posyandu terus tempat imunisasi anakku (Ny. A)

....Posyandu (Ny. D)

Dari wawancara terhadap responden ternyata memiliki pengetahuan yang rendah akan imunisasi Measles Rubella (MR). Pemahaman responden tentang pengetahuan imunisasi tambahan measles rubella (MR) ini sangat kurang karena pada saat peneliti mengajukan pertanyaan seputar pengertian, tujuan, gejala dan yang beresiko terhadap tidak diberikannya imunisasi tambahan ini mereka menyatakan tidak mengetahui. Padahal pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Pengetahuan seseorang yang kurang baik tentang imunisasi Measles Rubella (MR) pada anak usia 9 bulan sampai 15 tahun akan bersikap kurang baik terhadap pelaksanaan imunisasi tersebut oleh karena kepercayaan atau keyakinan yang dimiliki serta keadaan emosional seseorang. Terdapat hubungan antara sikap dengan tindakan keluarga dalam mengimunisasi Measles Rubella pada anak usia 9 bulan sampai 15 tahun, karena hampir

seluruh responden yang mempunyai pengetahuan kurang baik tidak memberikan imunisasi MR (Measles Rubella) pada anak usia 9 bulan sampai 15 tahun.

2. Sikap Ibu Tentang Pemberian Imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) Terhadap Rendahnya Cakupan Pemberian Imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia.

Sikap adalah respon seseorang terhadap stimulus atau obyek tertentu, terdiri dari 3 komponen pokok yaitu kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap obyek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek, kecenderungan untuk bertindak. Kepercayaan atau keyakinan serta keadaan emosional keluarga dan masyarakat dapat membentuk sikap seseorang.

Dari hasil wawancara terhadap sikap responden mereka menyatakan setuju dan merasa wajib dengan pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) namun dalam pelaksanaannya mereka tidak melaksanakan. Adapun mengenai sikap ibu terhadap pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) peneliti melakukan wawancara dengan memberikan beberapa pertanyaan terkait sikap ibu.

Berdasarkan hasil wawancara saat peneliti menanyakan tentang apakah ibu setuju dengan adanya program imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) rata-rata jawaban responden adalah setuju dengan adanya program ini.

....Saya setuju dengan program ini (Ny.R)

.... Kalau programnya saya setuju ji bagus itu kalau ada programnya pemerintah tentang imunisasi (Ny.S¹)

.... Kalau sekarang saya setuju, dulu saya tidak setuju karena takut banyak beritanya kejadian tidak bagus (Ny. A)

Terkait dengan pertanyaan peneliti apakah ibu merasa wajib atau tidak dan apakah penting membawa anak ibu untuk mendapatkan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) rata-rata jawaban responden merasa wajib untuk memberikan imunisasi tambahan Measles Rubella, seperti jawaban dari salah satu responden berikut ini :

.... Saya rasa wajib yuntuk anak-anak... iya, saya setuju kalau imunisasi itu penting (Ny.R)

.... Kalau untuk kebaikan saya setuju... saya setuju kalau itu penting(Ny. M)

Adapun tanggapan ibu terhadap manfaat yang didapat dari memberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) pada kesehatan anak yaitu :

....Sangat bermanfaat untuk anak-anak karena mencegah penyakit (Ny. T)

.... saya kurang tahu juga manfaatnya karena saya tidak berikan sama anak saya (NY. A)

Terkait tanggapan responden jika mendapat laporan mengenai kejadian demam ringan, ruam merah, bengkak ringan, atau nyeri di tempat suntikan setelah imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) diberikan yaitu para responden memberikan tanggapan yang positif.

.... Tidak ada ji yang begitu saya dengar dari teman-teman yang sudah suntikkan anaknya (Ny. R)

.... Kalau saya dilihat dulu penyebabnya, siapa tahu bukan dari suntikan tersebut (Ny.A)

Terkait pertanyaan, apakah ibu yakin bahwa imunisasi tambahan MR dapat mencegah penyakit campak dan rubella,

responden menyatakan bahwa merasa yakin imunisasi tersebut dapat mencegah penyakit campak dan rubella. Selain itu rata-rata responden menyatakan perlu juga untuk mengingat jadwal pemberian imunisasi tambahan measles rubella. Namun saat peneliti menanyakan persertujuannya jika anak ibu diberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR), jawaban responden setuju akan tetapi tidak ada dukungan dari keluarga khususnya suami diakibatkan oleh banyaknya isu-isu negative yang beredar tentang kandungan dan efek dari pemberian suntikan vaksin Measles Rubella (MR). seperti pernyataan salah satu responden berikut :

*.....Saya setuju ji dengan pemberian imunisasi ini...saya rasa juga wajib dan penting...hanya itu hari to bagaimana saya mau suntik ini anak bagaimana ada kejadian disuntik langsung mati. Jadi bapaknya juga tidak maumi anaknya disuntik. Itu ditelevisi kita nonton ada beritanya. Karena ada beritanya jadi saya takut jugami....kalau imunisasi lain saya kasi ji tapi yang ini saya takut.
(Ny.S²)*

Berdasarkan pertanyaan peneliti mengenai dari mana ibu mendapatkan informasi tentang imunisasi tambahan Measles Rubella (MR), Responden mengatakan bahwa mereka

mendapatkan informasi dari media dan cerita-cerita yang beredar di masyarakat. Sedangkan saat peneliti menanyakan apakah ibu bersedia membantu petugas kesehatan untuk memberikan informasi kepada orang lain mengenai program imunisasi tambahan Measles Rubella (MR), rata-rata responden menyatakan siap dan bersedia membantu petugas kesehatan dengan sosialisasi di keluarga, masyarakat, serta dari rumah ke rumah tentang program imunisasi tambahan Measles Rubella (MR).

....Iya, nanti kalau ada informasi tentang imunisasi ini bisa saya sampaikan juga sama tetangga-tetangga.(Ny. D)

Rata-rata responden memberikan sikap yang positif terhadap pemberian imunisasi ini. Mereka merasa setuju dengan adanya program pemerintah dengan pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR). Mereka juga merasa wajib dan perlu untuk diberikan pada anak-anak. Akan tetapi dalam proses pelaksanaan mereka tidak melaksanakan pemberian imunisasi ini diakibatkan mereka masih ragu karena banyaknya isu yang beredar di kalangan masyarakat yang mereka dapatkan dari media maupun dari cerita-cerita yang mereka dengar. Karena adanya isu ini memberikan efek yang sangat besar terhadap diri responden

sehingga mengambil keputusan untuk tidak memberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) pada anak mereka.

Sikap responden sangat berpengaruh terhadap rendahnya peningkatan cakupan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR). sikap responden yang tidak memberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) ini mengakibatkan rendahnya cakupan Imunisasi ini. Jika seseorang mempunyai sikap tertentu terhadap suatu objek, itu berarti menunjukkan orang tersebut mempunyai pengetahuan terhadap objek sikap yang bersangkutan.

Sikap merupakan komponen akhir yang memegang peranan penting dalam menentukan tindakan seseorang selain pengetahuan. Keluarga akan mengimunisasi Measles Rubella (MR) pada anak usia 9 bulan sampai 15 tahun apabila mempunyai sikap dan penilaian yang baik tentang pelaksanaan imunisasi tersebut (Notoatmodjo, 2007).

3. Dukungan Keluarga Tentang Pemberian Imunisasi Measles Rubella (MR) Terhadap Rendahnya Cakupan Pemberian Imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia.

Perilaku keluarga dalam melaksanakan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap keluarga. Pengetahuan yang kurang tentang imunisasi

Measles Rubella (MR) dapat mempengaruhi perilaku ibu atau keluarga untuk tidak melaksanakan imunisasi Measles Rubella (MR) pada anak usia 9 bulan sampai 15 tahun. Perilaku dapat berubah melalui proses belajar dengan memberikan stimulus (rangsangan) berupa pengetahuan dan motivasi sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak. Pengembangan perilaku sehat dapat diupayakan melalui pendidikan kesehatan.

Karena suami sebagai pengambil keputusan dan suami tidak membolehkan untuk memberikan imunisasi maka ibu tidak membawa anaknya ke tempat pelayanan imunisasi.

...kalau imunisasi yang lain saya sebagai suami saya dukung ji, tapi kalau suntik campak rubella saya larang istriku bawa anak-anak untuk suntik karena dulu banyak isu yang beredar tentang imunisasi ini (Tn. A)

Seorang ibu yang memiliki sikap positif terhadap imunisasi anaknya perlu mendapat dukungan dari suami berupa konfirmasi atau izin. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga untuk memberikan dukungan. Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh peneliti rata-rata responden yang tidak memberikan imunisasi pada anaknya karena kurangnya dukungan oleh suami. Sehingga menyebabkan responden tidak membawa anaknya ke tempat pelayanan imunisasi. Seperti pada pernyataan responden dibawah ini :

....keluarga kurang mendukung bu kalau imunisasi yang ini, kalau imunisasi yang lain setuju ji... suamiku bilang janganmi dulu saya suntikkan imunisasi ini.... Tiak, suamiku sibuk bekerja juga (Ny.S¹)

....suamiku saya dia larang, dia tidak kasi dukungan karena banyak hoaks-hoaks yang di dengar.... Tidak bu, kalau ke posyandu juga pagi jadi karena kalau pagi suamiku kerja jadi saya datang sama anakku ji, karena dekat juga dengan rumah orang tuaku jadi saya santai saja biar datang sendiri (Ny.R)

Dukungan suami sangat berpengaruh terhadap pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR). Walaupun ibu mengatakan setuju terhadap pemberian imunisasi tambahan ini namun tanpa adanya dukungan dari suami maka ibu tidak akan melaksanakan pemberiannya. Banyaknya isu yang beredar mengakibatkan tidak adanya dukungan keluarga terutama suami sebagai kepala keluarga terhadap pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR). Adanya keraguan, pekerjaan kepala keluarga yang menyebabkan tidak sempat membantu mengantarkan istri membawa bayi imunisasi. Pengambil keputusan sebagian besar dalam keluarga adalah suami sehingga dapat menyebabkan istri tidak berani mengambil keputusan (Arni Juliani, 2013).

4. Pembahasan mengenai Pengetahuan, Sikap, dan Dukungan Keluarga tentang Pemberian Imunisasi tambahan MR (Measles Rubella) Terhadap Rendahnya Cakupan Pemberian Imunisasi Tambahan Measles Rubella (MR) di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia.

Berdasarkan data sekunder dari tempat penelitian pencapaian imunisasi Measles Rubella (MR) baru mencapai 71 % sampai dengan akhir tahun 2018. Sementara cakupan target pencapaian secara nasional adalah 95%. Faktor yang memungkinkan seseorang untuk berperilaku mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan penelitian, faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya cakupan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) yaitu kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya imunisasi tambahann MR, sikap masyarakat yang mengaku setuju dengan pemberian imunisasi tambahan MR namun dalam kenyataanya masih ragu sehingga tidak memberikan imunisasi ini pada anaknya dan kurangnya dukungan keluarga terutama suami.

Kelompok masyarakat yang tidak melakukan imunisasi beranggapan bahwa efek samping dari imunisasi ini sangat berbahaya karena dapat mengakibatkan kematian berdasarkan kabar yang mereka dapat baik dari televisi, internet maupun cerita

dari orang ke orang . Ibu yang terlibat dalam penelitian ini memiliki pengetahuan yang kurang akan penyakit campak dan rubella, dimana mereka masih belum dapat memberikan pendapat tentang penyakit campak dan rubella, usia berapa anak harus diberikan imunisasi ini maupun baik dari segi gejala dan dari segi yang beresiko terkena campak dan rubella. Persepsi masyarakat terhadap keparahan penyakit campak dan rubella pada umumnya yaitu menganggap berbahaya, namun dalam pemberiannya mereka tidak memberikan imunisasi tambahan MR ini pada anaknya. Dukungan keluarga sangat berpengaruh besar juga terhadap pemberian vaksin ini. Karena banyak dari responden yang tidak memberikan imunisasi tambahan MR ini tidak mendapatkan dukungan dari suami karena alasan isu yang beredar.

Penolakan terhadap imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) dikarenakan kesalahpahaman terhadap informasi tentang imunisasi yang mereka dapatkan. Menurut responden imunisasi ini dapat menyebabkan anak menjadi sakit sampai kematian dan ada juga yang menyatakan vaksin yang digunakan haram. Umumnya penolakan orang tua terhadap vaksinasi tambahan MR bervariasi, sesuai dengan konteks sosial-budaya, keadaan sosial dan pengalaman pribadi masing-masing. Walau latar belakang para orang tua sangat heterogen, pola pengambilan keputusan orang tua terhadap vaksinasi memiliki gambaran yang mirip. Faktor-faktor

inilah yang mempengaruhi orang tua menolak atau menerima program imunisasi atau vaksin tertentu.

Membangun kepercayaan masyarakat dalam program imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) adalah upaya mengubah dan mempengaruhi pikiran seseorang bahwa imunisasi adalah satu metoda pencegahan penyakit yang paling efektif. Hubungan pengetahuan dengan praktik akan berpengaruh kepada perilaku (tindakan) sebagai hasil jangka menengah (*intermediate impact*) dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya perilaku (tindakan) pendidikan akan berpengaruh pada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai hasil keluaran (*outcome*) pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif antara kedua variabel ini telah diperlihatkan. Pengetahuan tertentu tentang kesehatan penting sebelum suatu tindakan pribadi terjadi, tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang kuat untuk memotivasinya dan bertindak atas dasar pengetahuan.

Bayi mendapatkan imunisasi atau tidak pada dasarnya tergantung dari pengetahuan ibu. Hal ini menunjukkan bahwa pentingnya pengetahuan ibu tentang imunisasi mempunyai hubungan dengan tindakan ibu dalam pemberian imunisasi kepada

bayinya, Ibu yang memiliki pengetahuan baik maka akan memahami manfaat dan pentingnya imunisasi sehingga akan mengusahakan kelengkapan imunisasi bagi bayinya.

Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal yang memberikan landasan kognitif baru terbentuknya sikap terhadap hal tersebut (Azwar, 2010) dengan kata lain informasi yang baru akan mengakibatkan perubahan dalam komponen kognitif, yang selanjutnya akan mengakibatkan perubahan komponen afektif dan konatif. Dengan banyaknya isu yang beredar menyebabkan keraguan dihati masyarakat sehingga menolak untuk memberikan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) pada anaknya. Dukungan adalah menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Dukungan juga dapat diartikan sebagai memberikan dorongan/motivasi atau semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuat keputusan (Chaplin, 2006).

Gottlieb dalam Koentjoro (2002), berpendapat dukungan social terdiri dari informasi atau nasehat *verbal* dan *non verbal*, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau dapat dikatakan karena adanya kehadiran mereka mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerimanya. Dukungan suami masuk didalam lingkup dukungan sosial, dimana yang dimaksud dari dukungan sosial adalah bentuk dukungan dan hubungan yang baik untuk memberikan kontribusi penting pada

kesehatan. Dukungan sosial yang dibutuhkan adalah berupa dukungan secara emosional yang mendasari tindakan. Sehingga kurangnya dukungan dari suami dan keluarga merupakan salah satu factor penyebab ibu untuk tidak memberikan imunisasi pada anaknya.

Triangulasi

Banyak faktor yang mempengaruhi pencapaian derajat pemberian Imunisasi Measles Rubella (MR), diantaranya faktor pendukung (*enabling factor*) terwujud dalam lingkungan fisik, seperti fasilitas atau sarana kesehatan, alat dan obat-obatan. Ketersediaan vaksin merupakan hal penting agar pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella berjalan baik. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat termasuk di dalamnya dukungan keluarga.

Berdasarkan wawancara dengan petugas kesehatan terkait dalam pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) sudah sangat maksimal dalam promosinya. Penyuluhan, edukasi dan promosi kesehatan mengenai pemberian imunisasi tambahan ini telah dilakukan. Pihak puskesmas juga telah melakukan penyediaan akses masyarakat terhadap pelayanan imunisasi yang berkualitas dengan baik seperti pelayanan diposyandu-posyandu

yang ada di wilayah kerja puskesmas, menjamin ketersediaan dan kecukupan vaksin, penyediaan tenaga kesehatan yaitu petugas imunisasi yang selalu siap dalam pemberaian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR).

Menurut pihak puskesmas rendahnya cakupan imunisasi tambahan Imunisasi Measles Rubella (Mr) yaitu penolakan terhadap vaksin akibat banyaknya isu-isu yang beredar. Pihak puskesmas juga bahkan telah menggandeng pihak terkait dalam promosi peningkatan cakupan pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR).

Banyaknya isu yang beredar dimasyarakat mengakibatkan kepercayaan sebagian masyarakat yang tidak memberikan imunisasi tambahan ini menjadi kurang sehingga mereka tidak memberikan imunisasi tambahan ini kepada anak-anak mereka. Faktor yang memungkinkan seseorang untuk berperilaku mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai (Notoatmodjo, 2007). Perilaku keluarga dalam melaksanakan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap keluarga. Perilaku dapat berubah melalui proses belajar dengan memberikan stimulus (rangsangan) berupa pengetahuan dan motivasi sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak. Pengembangan perilaku sehat dapat diupayakan melalui pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2012)

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil wawancara terhadap responden, sebagian besar pengetahuan ibu tentang imunisasi Measles Rubella (MR) masih kurang baik.
2. Sikap terhadap imunisasi ada yang setuju dan ada yang tidak setuju untuk dilakukan imunisasi Measles Rubella (MR), Mereka menyatakan setuju namun dalam pemberiannya mereka masih ragu sehingga tidak melaksanakan.
3. Dukungan keluarga dalam pemberian imunisasi Measles Rubella (MR) sangat kurang terutama dari suami sehingga para ibu tidak memberikan imunisasi untuk anaknya. Seorang ibu yang memiliki sikap positif terhadap imunisasi anaknya namun tidak mendapat dukungan dari suami berupa konfirmasi atau izin maka tetap tidak akan memberikan imunisasi pada anaknya.

B. Saran

Adapun saran yang dapat diajukan berdasarkan hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi tambahan pengetahuan dan dapat dijadikan tolak ukur mengenai pentingnya pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR), serta masyarakat harus lebih rajin mencari informasi yang benar agar bisa lebih bersikap positif dengan adanya pemberian imunisasi tambahan Measles Rubella (MR).

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber data untuk melihat permasalahan di masyarakat dan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi kesejahteraan masyarakat.

3. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi tentang faktor penyebab rendahnya cakupan imunisasi tambahan Measles Rubella (MR) dan dapat digunakan sebagai bahan kajian yang dapat berguna dimasa mendatang.

4. Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber referensi, sumber informasi untuk penelitian berikutnya, dan sebagai bahan bacaan di perpustakaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rhineka Cipta.
- Astinah; Hasbullah, S; Muzakir. H. (2013). Faktor–Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Ibu Pada Pemberian Imunisasi Dasar di Posyandu Teratai 11b di Wilayah Kerja Puskesmas Tamamaung Makassar. *E-library STIKES Nani Hasanuddin Makassar. Vol 2 No. 6.*
- Deslidel, Hasan, zuchrah, Hevrialni Rully, dan Sartika, Yan. 2011. *Buku Ajar Asuhan Neonatus, Bayi, dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Dewi, N. 2012. *Asuhan keperawatan anak dan balita*. Jakarta : Salemba
- Depkes RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara. 2017. *Profil Kesehatan Sulawesi Tenggara Tahun 2016*.
- Friedman, M. M. 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Jakarta : EGC
- Hayati dan Novita .2014. *Penuntun Praktik Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC
- Hidayah, 2018. *Faktor yang berhubungan dengan Pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi faktor yang berhubungan dengan Pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi tahun 2017*. Pekanbaru. *Jurnal Imunisasi*. 3(1): 155
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2009. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Hutapea, Parulian dan Nuriana Thoha, 2008, *Kompetensi komunikasi Plus : Teori, Desain, Kasus dan Penerapan untuk HR dan Organisasi yang Dinamis* Penerbit : Gramedia Pustaka Utama, Jakarta

- Istriyati, E. 2011. Faktor- factor yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar Paada Bayi di Desa Kumpulrejo Kecamatan Argomulyo Kota Salatiga. <http://lib.unnes.ac.id/>
- Kemenkes, R.I, 2014. *Buku Ajar Imunisasi*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes R.I.
- Kemenkes, R.I, 2018. *Pedoman Kamanye Imunisasi Campak Dan Rubella (MR) Untuk Kader dan Guru*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kemenkes R.I.
- Khairani, 2013. Laporan Tahunan. *Buletin Jendela Data Dan Informasi Kesehatan*, 29–33.
- Marimbi, H. 2010. *Tumbuh Kembang Status Gizi dan Imunisasi Dasar Pada Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mulyani, Nina siti dan Rinawati, mega. 2013. *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Afiyanti dan Rachmawati, Imami Nur, 2014. *Metode Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Perkasa
- Nasution, S. 1996. *Metode Penelitian Naturalistik-Kualitatif Edisi I*. Bandung: Tarsito.
- Naga.S. 2013. *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogyakarta: Diva Press
- Novitasari, Y.D. 2015. *Tingkat pengetahuan ibu tentang imunisasi dasar pada bayi usia 0-12 bulan di Posyandu Kencana Sendangrejo Grobongan*. [Karya Tulis Ilmiah]. Surakarta : StiKes Kusuma Husada.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pratiwi, L.N. 2012. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian imunisasi dasar balita umur 12-23 bulan di Indonesia tahun 2010. [skripsi]. Fakultas Kesehatan Masyarakat : Universitas Indonesia
- Proverawati, A. 2010. *Imunisasi dan Vaksinasi*. Yogyakarta: Nuha Offset.

- Puspitaningrum, 2013. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Dengan Kepatuhan Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Pentavalen Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Gilingan Surakarta*. Skripsi. Surakarta: Stikes Kusuma Husada
- Ranuh, I.G.N. 2011. *Pedoman Imunisasi di Indonesia*. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Indonesia
- Rita. 2017. Analisis kualitatif rendahnya cakupan Pemberian imunisasi hepatitis b (0-7 hari) Di UPTD Puskesmas Wawotobi. Jurusan Kebidanan Program studi d-iv kebidanan Politeknik kesehatan Kendari
- Riyanto,A,2011.*Aplikasi Metode Penelitian Kesehatan*.Yogyakarta:Nuha Medika
- Sari, D. 2018. *Faktor-faktor pada ibu yang berhubungan dengan pemberian imunisasi dasar bayi di wilayah kerja puskesmas korpri kecamatan sukarama kota Bandarlampung*. Skripsi. Fakultas Kedokteran : Lampung
- Suzanne, W.B.S. 2011. A parent's decision on immunization: making the right choice. American Academy Of Pediatrics. Vol 127 (1)
- Sugiyono.2011.*Statistik Non Parametrik untuk Penelitian*. Bandung:Penerbit CV Alfabeta
- Wawan, A dan Dewi M. 2010.*Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*.Yogyakarta: Nuha Medika
- Wibowo, Adik. 2014. *Metodologi Penelitian Praktis*. Jakarta : Raja Gravindo Persada.
- WHO, 2017. *Status Campak dan Rubella saat ini di Indonesia*. [Online] Availableat:http://www.searo.who.int/indonesia/topics/immunization/mr_measles_status.pdf?ua=1.