

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Dalam UU pokok kesehatan No.9 tahun 1960 pasal 3 ayat (1) disebutkan bahwa “Pertumbuhan anak yang sempurna dalam lingkungan hidup yang sehat adalah penting untuk mencapai generasi yang sehat dan bangsa yang kuat.” Dengan disebutkannya hal tersebut, secara tidak langsung menandakan bahwa pemerintah sangat memperhatikan anak sebagai tunas-tunas bangsa dalam hal pertumbuhan dan perkembangannya (kesehatannya) (Emuliyani, 2010). Sehingga kesehatan perlu diupayakan, diperjuangkan dan ditingkatkan oleh setiap individu dan oleh seluruh komponen bangsa, agar masyarakat dapat menikmati hidup sehat, dan pada akhirnya dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Depkes RI, 2005).

Berdasarkan sensus penduduk tahun 2010 jumlah anak usia dibawah lima tahun mencapai 22.678.702 jiwa (UNICEF, 2012). Berdasarkan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN, 2012) jumlah balita di Indonesia pada tahun 2011 tercatat sebanyak 13. 898. 951 jiwa dari 234. 292. 695 jiwa (5,93%) penduduk Indonesia. Angka tersebut merupakan angka yang cukup besar dalam struktur penduduk Indonesia usia dini (Jalal, 2013). Disadari bahwa untuk mewujudkan manusia Indonesia yang berkualitas harus dilakukan dengan memperhatikan keadaan manusia sejak bayi, balita, anak pra sekolah, sekolah, bahkan sampai masa remaja. Peningkatan kesejahteraan dan

perlindungan anak yang sistematis dan berkelanjutan sangat diperlukan (Cahyo, 2013), sehingga kelompok balita yang menjadi perhatian awal untuk memenuhi derajat kesehatan di Indonesia.

Anak di bawah lima tahun (Balita) merupakan masa terbentuknya dasar kepribadian manusia, kemampuan penginderaan, berpikir, keterampilan berbahasa dan berbicara, bertingkah laku sosial dan lain sebagainya. Anak balita merupakan kelompok tersendiri yang dalam perkembangan dan pertumbuhannya memerlukan perhatian yang lebih khusus. Apabila perkembangan dan pertumbuhan pada masa balita ini mengalami gangguan, hal ini akan berakibat terganggunya persiapan terhadap pembentukan anak yang berkualitas (Lubis, 2004).

Angka kematian bayi menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat anak karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini. WHO mencatat sebanyak 4,5 juta kematian dari 10,5 juta per tahun terjadi akibat penyakit infeksi yang bisa dicegah dengan imunisasi, seperti Pneumococcus (28%), campak (21%), tetanus (18%), virus penyebab diare (16%), hepatitis B (165%). Data WHO ini diperkirakan setidaknya 50% angka kematian di Indonesia dicegah dengan imunisasi dan Indonesia termasuk 10 besar negara dengan jumlah terbesar anak tidak tervaksinasi (WHO, 2010).

Tindakan untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan bayi, atau balita perlu dilaksanakan program imunisasi untuk Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) seperti penyakit TBC, difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, polio dan campak. Tahun 2006 di provinsi Jawa Timur hasil dari kompilasi data atau informasi 38 kabupaten atau kota ada 23 kasus tetanus neonatorum, 175 kasus tetanus, 5.598 kasus campak, 39 kasus difteri, 1.070 kasus hepatitis, 45 kasus polio (Nyimas dan Rusnelly, 2008).

Salah satu upaya pencegahan penyakit adalah dengan meningkatkan kekebalan tubuh (imunisasi). Upaya imunisasi diselenggarakan di Indonesia sejak tahun 1958. Imunisasi merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling efektif, terbukti bahwa penyakit cacar terbasmi dan Indonesia dinyatakan bebas penyakit cacar sejak tahun 1974. Pada tahun 1977, upaya imunisasi diperluas menjadi program pengembangan imunisasi dalam rangka pencegahan penularan terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Eradikasi polio telah tercapai pada tahun 2008 dan Eliminasi Tetanus Neonatal telah tercapai pada tahun 2008. Untuk itulah, imunisasi diperlukan guna mencegah penyakit tertentu dan menghindari risiko kematian yang diakibatkannya (Depkes, 2005).

Sejalan perkembangan paradigma pembangunan, telah ditetapkan arah kebijakan pembangunan kesehatan, yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) yaitu pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menumbuh-kembangkan Posyandu (Depkes RI, 2005). Posyandu merupakan singkatan dari pos pelayanan terpadu, di mana posyandu ini dicanangkan pada tahun 1986 melalui surat keputusan bersama antara Menteri Dalam Negeri RI (Mendagri), Menteri Kesehatan RI, kepala BKKBN dan tim penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) (Meilani, 2009). Kegiatan Posyandu merupakan salah satu Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang melibatkan partisipasi masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat, yang dilaksanakan oleh kader kesehatan yang telah mendapatkan pendidikan dan pelatihan dari puskesmas mengenai pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2003).

Keberhasilan pelaksanaan pembangunan dibidang kesehatan sangat tergantung pada peran aktif masyarakat yang bersangkutan. Hal ini

sebagaimana disebutkan dalam Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) yaitu bahwa keberhasilan pembangunan nasional tergantung pada partisipasi seluruh rakyat serta pada sikap mental, tekad dan semangat ketaatan serta para penyelenggara negara (GBHN, 2003). Menyadari pentingnya peran aktif masyarakat dalam menunjang keberhasilan pembangunan dalam bidang kesehatan diperlukan adanya agen-agen pembangunan yang dapat menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembangunan kesehatan (Depkes RI, 2003).

Keberadaan petugas kesehatan di Posyandu tidaklah berarti jika kader Posyandu tidak dapat berperan secara optimal, sehingga kader Posyandu sebagai penanggung jawab Posyandu mempunyai peran yang penting (Dinkes Jatim, 2012). Kader adalah seseorang yang karena kecakapannya atau kemampuannya diangkat, dipilih atau ditunjuk untuk mengambil peran dalam kegiatan dan pembinaan Posyandu, dan telah mendapat pelatihan tentang KB dan Kesehatan (Depkes RI, 2003). Adapun yang menjadi tugas kader pada kegiatan Posyandu adalah meliputi tiga hal, yaitu sebelum pelaksanaan Posyandu, selama pelaksanaan kegiatan Posyandu, dan sesudah pelaksanaan kegiatan Posyandu.

Pertama, sebelum hari pelaksanaan Posyandu meliputi persiapan alat dan bahan termasuk obat-obat yang dibutuhkan serta bahan atau materi penyuluhan, memberitahu ibu-ibu untuk datang ke posyandu, menyampaikan rencana kegiatan kepada kantor desa dan meminta mereka untuk memastikan apakah petugas sektor bisa hadir pada hari buka Posyandu, serta menentukan pembagian tugas di antara kader Posyandu. Kedua, kegiatan pada hari Posyandu meliputi kegiatan pendaftaran pada pengunjung, penimbangan terhadap bayi dan balita, pencatatan KMS bayi dan balita, penyuluhan pada ibu yang mempunyai bayi dan balita, ibu hamil dan menyusui dan Pasangan Usia

Subur (PUS), pemberian alat kontrasepsi, pemberian vitamin. Ketiga, kegiatan sesudah hari Posyandu meliputi kegiatan pencatatan dan pelaporan, mengevaluasi hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan hari Posyandu pada bulan berikutnya, penyuluhan kelompok bersama ibu-ibu yang rumahnya berdekatan, dan kegiatan kunjungan rumah yang merupakan tindak lanjut serta mengajak ibu-ibu datang ke Posyandu pada kegiatan bulan berikutnya (Sulistiyorini Cahyo E., Pebriyanti Sandra, dan Proverawati Atikah, 2010).

Mengingat hal tersebut diatas, peran serta kader sangat dibutuhkan dalam memotivasi ibu untuk membawa anak balitanya ke Posyandu sebagai langkah awal dalam menilai status kesehatan anak balitanya, dan sebagai upaya menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan bayi, atau balita dengan program imunisasi, serta memperoleh intervensi lebih lanjut yang berguna bagi pertumbuhan dan perkembangan anak balita sebagai generasi bangsa Indonesia. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Kebomas Kecamatan Kebomas Kabupaten Gresik didapatkan rata-rata kader aktif, dilihat dari kehadiran kader dalam berbagai kegiatan Posyandu. Cakupan imunisasi dasar selama satu tahun terakhir mengalami peningkatan dari bulan ke bulan. Maka peneliti memilih judul "Hubungan Antara Peran Kader Posyandu dengan Cakupan Imunisasi Dasar pada Balita di Puskesmas Kebomas Kecamatan Kebomas Kabupaten Gresik Tahun 2014".

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara peran kader Posyandu dengan cakupan imunisasi dasar pada balita di Puskesmas Kebomas Kecamatan Kebomas Kabupaten Gresik Tahun 2014?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara peran kader Posyandu dengan cakupan imunisasi dasar pada balita di Puskesmas Kebomas Kecamatan Kebomas Kabupaten Gresik Tahun 2014.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1. Mengidentifikasi peran kader Posyandu di Puskesmas Kebomas Kecamatan Kebomas Kabupaten Gresik Tahun 2014.
2. Mengidentifikasi cakupan imunisasi dasar pada balita di Puskesmas Kebomas Kecamatan Kebomas Kabupaten Gresik Tahun 2014.
3. Menganalisis hubungan antara peran kader Posyandu dengan cakupan imunisasi dasar pada balita di Puskesmas Kebomas Kecamatan Kebomas Kabupaten Gresik Tahun 2014.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dilakukannya penelitian ini untuk mengembangkan ilmu keperawatan komunitas sehingga sangat bermanfaat untuk mencegah kesakitan, kecacatan, maupun kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi dengan melihat pentingnya peran kader Posyandu dalam berpartisipasi di kegiatan Posyandu.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

#### 1. Manfaat bagi masyarakat

Memberikan informasi terkait pentingnya melakukan imunisasi dasar pada balita untuk mencegah Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), serta mengetahui pentingnya peran kader Posyandu dalam berpartisipasi dikegiatan Posyandu.

#### 2. Manfaat bagi pelayanan kesehatan

Sebagai sumber informasi terkait dengan hubungan antara peran kader Posyandu dengan cakupan imunisasi dasar pada balita.

#### 3. Manfaat bagi profesi keperawatan

Memperkaya dan memperluas ilmu pengetahuan terutama bagi keperawatan komunitas.

