BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Peran Kader Posyandu

2.1.1 Definisi Peran Kader Posyandu

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat. Peran adalah sesuatu yang menunjukkan kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat sama yang diidentifikasi dan diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi tertentu (Friedman, 1998). 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, 2005). Jadi dapat disimpulkan bahwa peran kader Posyandu adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh 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.

2.1.2 Jenis Peran Kader Posyandu

Mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga profesional melainkan hanya membantu dalam pelayanan kesehatan untuk itu pula perlu adanya pembatasan tugas dan peran yang diemban baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan. Adapun jenis peran kader Posyandu adalah (Sulistyorini Cahyo E., Pebriyanti Sandra, dan Proverawati Atikah, 2010):

1. Melakukan kegiatan bulanan Posyandu

   a. Mempersiapkan pelaksanaan Posyandu

Tugas-tugas kader Posyandu pada hari sebelum pelaksanaan atau saat persiapan hari buka Posyandu yaitu: 1. Mempersiapkan alat dan bahan berupa alat penimbangan bayi, KMS, alat peraga, LILA, alat pengukur, obat-obat yang dibutuhkan (pil besi, vitamin A, oralit), bahan atau materi penyuluhan; 2. Mengundang dan menggerakkan masyarakat, yaitu dengan memberitahu ibu-ibu untuk datang ke Posyandu; 3. Menghubungi Pokja Posyandu, yaitu menyampaikan rencana kegiatan kepada kantor desa dan meminta mereka untuk memastikan apakah petugas sektor bisa hadir pada hari buka Posyandu; 4. Melaksanakan pembagian tugas, yaitu menentukan pembagian tugas di antara kader Posyandu baik untuk persiapan maupun pelaksanaan kegiatan.

Tugas kader pada kegiatan bulanan Posyandu yaitu pada hari buka Posyandu yang disebut juga dengan tugas pelayanan 5 meja, meliputi: 1. Meja 1 yang bertugas mendaftar bayi atau balita, yaitu menuliskan nama balita pada KMS dan secarik kertas yang diselipkan pada KMS dan mendaftar ibu hamil, yaitu menuliskan nama ibu hamil pada Formulir atau Register Ibu Hamil; 2. Meja 2 bertugas menimbang bayi atau balita dan mencatat hasil penimbangan pada secarik kertas yang akan dipindahkan pada KMS; 3. Meja 3 bertugas untuk mengisi KMS atau memindahkan catatan hasil penimbangan balita dari secarik kertas ke dalam KMS anak tersebut; 4. Meja 4 bertugas menjelaskan data KMS atau keadaan anak berdasarkan data kenaikan berat badan yang digambarkan dalam grafik KMS kepada ibu dari anak yang bersangkutan dan memberikan penyuluhan kepada setiap ibu dengan mengacu pada data KMS anaknya atau dari hasil pengamatan mengenai masalah yang dialami sasaran; 5. Meja 5,

merupakan kegiatan pelayanan sektor yang biasanya dilakukan oleh petugas kesehatan, PLKB, PPL, dan lain-lain. Pelayanan yang diberikan antara lain: Pelayanan Imunisasi, Pelayanan Keluarga Berencana, Pengobatan Pemberian pil penambah darah (zat besi), vitamin A, dan obat-obatan lainnya.

b. Kegiatan setelah pelayanan bulanan Posyandu

Tugas kader setelah hari buka Posyandu, meliputi: 1. Memindahkan catatan-catatan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam buku register atau buku bantu kader; 2. Menilai (mengevaluasi) hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan hari Posyandu pada bulan berikutnya, kegiatan diskusi kelompok (penyuluhan kelompok) bersama ibu-ibu yang rumahnya berdekatan (kelompok dasawisma); 3. Kegiatan kunjungan rumah (penyuluhan perorangan) merupakan tindak lanjut dan mengajak ibu-ibu datang ke Posyandu pada kegiatan bulan berikutnya.

2. Melaksanakan kegiatan di luar Posyandu

a. Melaksanakan kunjungan rumah

Setelah kegiatan didalam Posyandu selesai, rumah ibu-ibu yang akan dikunjungi ditentukan bersama. Menentukan keluarga yang akan dikunjungi oleh masing-masing kader dan sebaiknya mengajak beberapa ibu untuk ikut kunjungan rumah. Mereka yang perlu dikunjungi adalah: Ibu yang anak balitanya tidak hadir 2 (dua) bulan berturut-turut di posyandu, Ibu yang anak balitanya belum mendapat kapsul vitamin, berat badannya tidak naik 2 (dua) bulan berturut-turut, berat badannya di bawah garis merah KMS, sasaran Posyandu yang sakit, Ibu hamil yang tidak menghadiri kegiatan Posyandu 2 (dua) bulan berturut-turut, Ibu hamil yang bulan lalu dikirim atau dirujuk ke puskesmas, Ibu yang mengalami kesulitan menyusui anaknya, Ibu hamil dan

ibu menyusui yang belum mendapat kapsul iodium, balita yang terlalu gemuk.

b. Menggerakkan masyarakat untuk menghadiri dan ikut serta dalam kegiatan Posyandu dengan mendatangi langsung ke tengah masyarakat melalui tokoh masyarakat atau pemuka agama atau adat dan membantu petugas kesehatan dalam pendaftaran, penyuluhan, dan berbagai usaha kesehatan masyarakat.

2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peran Kader Posyandu

a. Umur

Umur mempunyai kaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti ketrampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis. Dikaitkan dengan tingkat kedewasaan teknis, anggapan yang berlaku ialah bahwa makin lama seseorang bekerja, kedewasaan teknisnya pun mestinya meningkat. Pengalaman seseorang melaksanakan tugas tertentu secara terus menerus untuk waktu yang lama biasanya meningkatkan kedewasaan teknisnya (Widyastuti, 2006).

Penelitian sebelumnya (Sargih, 2011) menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur dan partisipasi kader. Penelitian oleh Bangsawan (2001) ada hubungan antara umur kader dengan keaktifannya di Posyandu. Sehingga bisa dikatakan bahwa umur kader berpengaruh terhadap peran kader Posyandu.

b. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu proses yang terjadi pada diri manusia dimana seorang manusia dapat berkembang menjadi dewasa karena pendidikan. Sedangkan pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan pada seseorang masyarakat atau

kelompok dengan harapan dengan adanya pesan tersebut maka masyarakat dapat memperoleh pengetahuan yang lebih baik yang dapat mempengaruhi perubahan perilaku pada sasaran (Notoatmodjo, 2004). Pendidikan merupakan upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia terutama untuk mengembangkan kemampuan intelektual dan kepribadian manusia (Notoatmodjo, 2009).

Tingkat pendidikan minimal seorang kader kesehatan masyarakat (*community health worker*) adalah tingkat pendidikan dasar. Tujuan minimal pendidikan yang dimiliki adalah memungkinkan untuk membaca, menulis, dan melakukan perhitungan matematika sederhana. Mematuhi kriteria pendidikan jika mengharap kinerja yang lebih baik dari *community health worker* (Alam et al, 2012).

Penelitian Bangsawan (2001), terdapat perbedaan yang signifikan antara kader yang berpendidikan tinggi dengan kader yang berpendidikan rendah. Kader yang berpendidikan tinggi yaitu SMP dan SMA, Diploma mempunyai keaktifan yang lebih baik dibanding kader yang berpendidikan rendah yaitu SD. Penelitian oleh Suriani (2011), kader yang berpendidikan tinggi mempunyai peluang 2,11 kali untuk berpartisipasi baik dibanding kader yang berpendidikan rendah.

c. Imbalan

Imbalan adalah segala sesuatu yang diterima oleh individu sebagai balas jasa terhadap kerja atau pengabdian yang telah dilakukan. Imbalan sangat penting bagi individu dan organisasi karena merupakan pencerminan upaya organisasi untuk mempertahankan sumber daya manusia (Notoatmodjo, 2008). Organisasi yang memperhatikan tentang imbalan dengan baik akan berpengaruh terhadap kepuasan dan motivasi kerja individu untuk mencapai tujuan organisasi. Menurut Scot dan Walker (1995) dalam Ilyas (2002) insentif merupakan salah

satu faktor yang mendukung seseorang untuk melakukan tindakan yang lebih baik.

Jenis imbalan adalah imbalan langsung berupa upah dan imbalan pelengkap *non financial* berupa perlindungan ekonomis terhadap bahaya, pemberian fasilitas seperti program rekreasi, pemberian pakaian seragam, bonus (Notoatmodjo, 2008). Sebagai imbalan dari pekerjaannya, kebanyakan para kader tidak menerima pembayaran tunai untuk pelayanan mereka tetapi mereka mendapat upah dalam bentuk lain seperti seragam sebagai tanda penghargaan, sertifikat sebagai tanda jasa, dan peralatan rumah tangga kecil-kecilan. Akan tetapi salah satu faktor penting dalam keuntungan yang diperoleh para kader adalah statusnya. Untuk para kader posyandu, status ini tidak diperoleh karena partisipasi mereka dalam program kemasyarakatan yang berprioritas tinggi tersebut tetapi juga karena penghargaan tinggi yang diberikan oleh pihak pemerintah.

Penelitian Ife (2008), apresiasi dan penghargaan merupakan faktor yang memfasilitasi tumbuhnya peran serta. Pemberian berbagai bentuk reward bagi kader pada umumnya bersifat lokal sehingga dapat digunakan sebagai rangsangan untuk melakukan inovasi (Depkes, 1994). Sehingga dapat kita lihat bahwa pengahargaan yang diberikan kepada kader dapat meningkatkan peran kader.

d. Pelatihan

Pelatihan adalah suatu upaya kegiatan yang dilaksanakan untuk meningkatkan kemampuan, pengetahuan, keterampilan teknis dan dedikasi kader posyandu. Memperluas sistem posyandu dengan meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan di hari buka dan kunjungan rumah serta menciptakan iklim kondusif untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan pemenuhan sarana, prasarana, pelaporan dan pendataan kerja posyandu (Nilawati, 2008).

Pelatihan kader bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sekaligus dedikasi kader agar timbul kepercayaan diri untuk dapat melaksanakan tugas sebagai kader dalam melayani masyarakat, baik di posyandu maupun saat melakukan kunjungan rumah. Materi dalam pelatihan kader dititikberatkan pada keterampilan teknis menyusun rencana kerja kegiatan di posyandu, cara menghitung kelompok sasaran yang menjadi tanggung jawab posyandu, cara menimbang, menilai pertumbuhan anak, cara menyiapkan kegiatan pelayanan sesuai kebutuhan anak dan ibu, menyiapkan peragaan cara pemberian makanan pendamping ASI dan PMT untuk anak yang pertumbuhannya tidak cukup sebagaimana pertambahan umurnya dan anak yang berat badannya tidak naik, memantau perkembangan ibu hamil dan ibu menyusui, dan sebagainya (Depdagri RI, 2004).

Pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang bersifat spesifik dengan pekerjaan yang dilakukan, penekanannya pada kemampuan psikomotor dan keterampilan, waktu pelaksanaan pendek (Notoatmodjo, 2008). Penelitian oleh Bangsawan (2001) menyatakan bahwa 74,1% kader pernah mengikuti pelatihan dan mempunyai keaktifan yang baik. Penelitian oleh Soni (2007) bahwa ada hubungan antara pelatihan dengan keaktifan kader di Posyandu.

e. Dukungan

Dukungan adalah suatu bentuk kenyamanan, perhatian, penghargaan, ataupun bantuan yang diterima individu dari orang yang berarti, baik secara perorangan maupun kelompok (Sarafino, 2012). Menurut kelompok kerja operasional posyandu (2005) tugas dan fungsi TP-PKK adalah ikut menyelenggarakan rekrutmen kader, memfasilitasi temu kader, memfasilitasi kesejahteraan kader, menyelenggarakan sarana dan prasarana posyandu, mengupayakan sumber pendayaan posyandu, memantau pelaksanaan

posyandu, mengidentifikasikan dan memecahkan masalah yang dihadapi posyandu, sebagai penghubung posyandu dengan pembina teknis sektor terkait serta menggerakkan partisipasi masyarakat untuk mendukung keseimbangan kegiatan posyandu.

Penelitian oleh Bangsawan (2001), tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kader di posyandu di Kota Bandar lampung bahwa peran TP-PKK berhubungan dengan keaktifan kader dalam melakukan kegiatan posyandu. Penelitian Soni (2007), bahwa ada hubungan yang signifikan antara peran TP-PKK dengan keaktifan kader dalam mengelola posyandu.

f. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimiliki dan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan dapat dipengaruhi oleh faktor umur, lingkungan, pengalaman, pendidikan, informasi, sosial budaya dan ekonomi, intelegensi. Pengetahuan yang baik dan pemahaman yang jelas merupakan faktor yang kondusif untuk tumbuhnya peran serta (Hendra, 2008).

Penelitian oleh Bangsawan (2001) dan Soni (2007) bahwa kader yang berpengetahuan tinggi memiliki tingkat keaktifan yang lebih baik dibanding kader yang berpengetahuan rendah.

g. Sikap

Sikap adalah istilah yang mencerminkan rasa senang, tidak senang atau perasaan biasa-biasa saja dari seseorang terhadap sesuatu (Sarlito, 2009). Sikap dapat diartikan sebagai pendapat atau keyakinan seseorang mengenai obyek atau situasi yang relatif tetap disertai perasaan tertentu dan memberikan dasar terhadap orang tersebut untuk membuat respon atau berperilaku dalam

cara tertentu yang dipilihnya (Walgito, 2003). Menurut Wawan dan Dewi (2010) sikap dapat bersifat positif dan negatif.

Sikap positif kecenderungan tindakannya adalah mendekati, menyenangi, dan mengharapkan objek tertentu. Sedangkan sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, dan tidak menyukai objek tertentu. Sikap kerja adalah merupakan hasil penilaian dan evaluasi terhadap orang-orang atau kejadian-kejadian di tempat kerja atau sebuah tanggapan seseorang terhadap sesuatu (Panggabean, 2004).

Penelitian oleh Aryanti (2002) bahwa tingkat partisipasi kader di posyandu berhubungan dengan sikap kader. Penelitian oleh Bangsawan (2001) dan Soni (2007) ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan keaktifan kader di posyandu.

h. Motivasi

Motivasi adalah suatu kecenderungan untuk beraktifitas, dimulai dari dorongan dari dalam diri dan diakhiri dengan penyesuaian diri (Mangkunegara, 2009). Motivasi adalah kekuatan yang terdapat dalam diri individu yang menyebabkan individu bertindak atau berbuat (Uno, 2011). Motivasi adalah suatu kondisi kejiwaan dan mental seseorang berupa aneka keinginan, harapan, dorongan dan kebutuhan yang membuat seseorang melakukan sesuatu untuk mengurangi kesenjangan yang dirasakan (Ilyas, 2003). Penelitian oleh Soni (2007) bahwa faktor motivasi berhubungan secara bermakna terhadap keaktifan kader di posyandu.

i. Supervisi

Supervisi adalah proses yang memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi tercapai (Ilyas, 2002). Pengawasan di posyandu sebagai salah satu bentuk pembinaan dilaksanakan secara terpadu dapat melalui pokja posyandu. Manfaat dari supervisi adalah

meningkatkan efektifitas dan efisiensi kerja yaitu peningkatan pengetahuan dan ketrampilan bawahan serta terbinanya suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan sehingga dapat mengurangi kesalahan yang dilakukan bawahan dan juga bukan untuk mencari kesalahan bawahan.

Frekuensi supervisi harus berkala, bila dilakukan hanya sekali bukan sebagai supervisi yang baik karena organisasi atau lingkungan selalu berkembang. Petunjuk yang pasti mengenai berapa kali supervisi harus dilakukan belum ada, hanya tergantung dari derajat kesulitan pekerjaan dan sifat penyesuaian yang akan dilakukan (Suarli, 2008). Penelitian oleh Culp, et al (2011) dalam setiap program sukarelawan akan ada kebutuhan untuk menangani dengan baik relawan yang tidak efektif, tidak termotivasi, tidak produktif, atau terjadinya *drop out*.

Upaya alternatif untuk perbaikan adalah re-supervise, *re-assign* (mentransfer ke posisi baru), re-edukasi, revitalisasi, *rever* dan memberhentikan. Kejadian *drop out* relawan merupakan sebuah kegagalan fungsi pengawasan. Penelitian oleh Soni (2007) ada hubungan antara pengawasan kegiatan di posyandu dengan keaktifan kader dalam kegiatan posyandu.

j. Lamanya Menjadi Kader

Kinerja masa lalu cenderung dihubungkan pada hasil seseorang, semakin lama ia bekerja maka semakin terampil dalam melaksanakan tugasnya sehingga senioritas dalam bekerja akan lebih terfokus jika dibandingkan dengan orang yang baru bekerja (Robbins, 1996). Penelitian yang dilakukan oleh Purnomowati (1993) menyatakan bahwa ada pengaruh yang jelas antara masa kerja seseorang dengan kinerjanya. Studi yang dilakukan di Kabupaten Garut jawa Barat menunjukkan gambaran lamanya menjadi kader dikategorikan kurang dari 1 tahun, 1 sampai 5 tahun, 5 sampai 10 tahun, 10 sampai 15 tahun, 15 sampai 20 tahun dan lebih 20 tahun. Dari studi tersebut didapatkan 60% kader bekerja

lebih dari 5 tahun adalah hasil yang menggambarkan lama kerja dengan kinerja kader (Depkes RI, 1997).

Menurut Widiastuti (2006) yang mengutip pendapat Sondang (2004) bahwa seseorang dalam bekerja akan lebih baik hasilnya bila memiliki keterampilan dalam melaksanakan tugas dan keterampilan seseorang dapat terlihat pada lamanya seseorang bekerja. Begitu juga dengan kader posyandu, semakin lama seseorang bekerja menjadi kader posyandu maka keterampilan dalam melaksanakan tugas pada saat kegiatan posyandu akan semakin meningkat sehingga nantinya partisipasi kader dalam kegiatan posyandu akan semakin baik. Berdasarkan penelitian Anies dan Irawati (2000) di Sukabumi dan Kerawang yang meneliti masyarakat nelayan dan petani sebanyak 67 posyandu, 170 kader, 50 pembina dan 1.234 pengguna posyandu menemukan bahwa ciri-ciri kader yang aktif sebaiknya tidak mempunyai pekerjaan tetap, mempunyai pengalaman menjadi kader sekurangnya 60 bulan, tidak ada pergantian kader sedikitnya dalam setahun, dan jumlah kader setiap posyandu 5 orang.

Layanan yang diharapkan pengguna posyandu agar mendapatkan PMT untuk balita, kesediaan pengguna memberi imbalan untuk kader yang bekerja secara sukarela, pendidikan kader harus SLTA ke atas. Menurut Razak (2006) dalam penelitiannya di Makasar menemukan bahwa kader posyandu sebaiknya tidak mempunyai pekerjaan tetap, mempunyai pengalaman menjadi kader sekurang-kurangnya 60 bulan. jumlah kader sedikitnya 5 orang, tidak ada pergantian kader sedikitnya dalam setahun.

2.2 Konsep Cakupan Imunisasi Dasar Pada Balita

2.2.1 Definisi Cakupan Imunisasi Dasar Pada Balita

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten, anak di imunisasi berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal atau

resisten terhadap suatu penyakit, tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain (Notoatmodjo, 2007). Imunisasi adalah upaya yang dilakukan dengan sengaja memberikan kekebalan (imunitas) pada bayi atau anak sehingga terhindar dari penyakit. Pentingnya imunisasi didasarkan pada pemikiran bahwa pencegahan penyakit merupakan upaya terpenting dalam pemeliharaan kesehatan anak (Supartini, 2004). Cakupan Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal pada bayi yang baru lahir sampai usia satu tahun untuk mencapai kadar kekebalan diatas ambang perlindungan (Depkes RI, 2005).

2.2.2 Kegiatan Imunisasi Dasar Pada Balita

Terdapat beberapa jenis imunisasi berdasarkan pelaksanaannya, yaitu imunisasi rutin dan imunisasi tambahan. Imunisasi rutin merupakan kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus menerus harus dilakukan pada periode waktu yang telah ditentukan. Imunisasi rutin ini, berdasarkan kelompok usia sasaran, dibagi menjadi imunisasi rutin pada bayi, pada wanita usia subur, dan pada anak sekolah. Sedangkan imunisasi tambahan, merupakan kegiatan imunisasi yang dilakukan atas dasar ditemukannya masalah dari hasil pemantauan atau evaluasi. Kegiatan ini sifatnya tidak rutin, membutuhkan biaya khusus dan kegiatannya dilaksanakan pada suatu periode tertentu.

Terdapat beberapa jenis kegiatan pada imunisasi tambahan, antara lain (Depkes RI, 2005): *Backlog fighting*, merupakan upaya aktif melengkapi imunisasi dasar pada anak yang berumur 1-3 tahun. Sasaran prioritas adalah desa/kelurahan yang selama dua tahun berturut turut tidak mencapai desa UCI; *Crash program*, merupakan imunisasi tambahan yang ditujukan untuk wilayah yang memerlukan intervensi secara cepat untuk mencegah terjadinya KLB. Sedangkan kriteria pemilihan lokasi imunisasi jenis ini dilihat dari angka kematian bayi dan angka PD3I tinggi, kekurangan tenaga, sarana, dana, serta desa yang

selama 3 tahun berturut-turut tidak mencapai target UCI; Imunisasi dalam penanganan KLB (*Outbreak Response Imunization* atau ORI); Kegiatan imunisasi khusus, meliputi Pekan Imunisasi Nasional (PIN), Sub Pekan Imunisasi Nasional, dan Cacth-up campaign campak; *Sweeping* adalah upaya aktif mencari dan melengkapi imunisasi bagi bayi supaya jangan sampai drop out pada akhir tahun.

Langkah-langkah Kegiatan Imunisasi (Depkes RI, 2004) adalah sebagai berikut: 1. Petugas Imunisasi menerima kunjungan bayi sasaran Imunisasi yang telah membawa Buku KIA/KMS di Ruang Imunisasi setelah mendaftar di loket pendaftaran, petugas memeriksa status Imunisasi dalam buku KIA/KMS dan menentukan jenis imunisasi yang akan diberikan; 2. Petugas menanyakan keadaan bayi kepada orang tuanya (keadaan bayi yang memungkinkan untuk diberikan imunisasi atau bila tidak akan dirujuk ke Ruang Pengobatan); 3. Petugas menyiapkan alat (menyeteril alat suntik dan kapas air hangat); 4. Petugas menyiapkan vaksin (vaksin dimasukkan ke dalam termos es); 5. Petugas menyiapkan sasaran (memberitahukan kepada orang tua bayi tentang tempat penyuntikan); 6. Petugas memberikan Imunisasi (memasukkan vaksin ke dalam alat suntik; 7. Desinfeksi tempat suntikan dengan kapas air hangat; 8. Memberikan suntikan vaksin atau meneteskan vaksin sesuai dengan jadwal imunisasi yang akan diberikan); 9. Petugas melakukan KIE tentang efek samping pasca imunisasi kepada orang tua bayi sasaran imunisasi; 10. Petugas memberikan obat antipiretik untuk imunisasi DPT, dijelaskan cara dan dosis pemberian; 11. Petugas memberitahukan kepada orang tua bayi mengenai jadwal imunisasi berikutnya; 12. Petugas mencatat hasil imunisasi dalam Buku KIA/KMS dan Buku Catatan Imunisasi serta rekapitulasi setiap akhir bulannya.

2.2.3 Jenis Cakupan Imunisasi Dasar Pada Balita

Pemerintah mewajibkan lima jenis imunisasi bagi anak-anak, yang disebut Program Pengembangan Imunisasi (PPI) atau yang disebut dengan imunisasi dasar. Sedangkan tujuh jenis lainnya dianjurkan untuk menambah daya tahan tubuh terhadap beberapa jenis penyakit atau yang dimaksud dengan imunisasi booster. Imunisasi dasar merupakan imunisasi pertama yang perlu diberikan pada semua orang, terutama bayi dan anak sejak lahir untuk melindungi tubuh dari penyakit yang berbahaya. Kelima jenis imunisasi dasar yang wajib diperoleh bayi sebelum usia setahun yaitu:

a. Imunisasi BCG

Imunisasi BCG (*Bacilli Calmette Guerin*) merupakan imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberculosis (TBC). Frekuensi pemberian imunisasi BCG adalah satu kali dan tidak perlu diulang. Diberi saat bayi usia 0-11 bulan. Diberikan secara intradermal dengan lokasi penyuntikan pada lengan kanan atas atau pada paha. Efek samping pada beberapa anak timbul pembengkakan kelenjar gatah bening diketiak atau leher bagian bawah, dan biasanya akan sembuh sendiri. Kontra indikasi imunisasi BCG tidak dapat diberikan pada anak yang menderita TB atau pada anak yang mempunyai penyakit kulit yang berat/menahun.

b. Imunisasi DPT

Imunisasi DPT *(Difteria, Pertusis, Tetanus)* merupakan imunisasi dengan memberikan vaksin yang mengandung racun kuman difteri yang telah dihilangkan sifat racunnya yang dapat merangsang pembentukkan zat anti (toksoid). Pemberian imunisasi ini tiga kali dari bayi usia 2-11 bulan, yaitu pada usia 2 bulan, 4 bulan, dan 6 bulan. Diberikan melalui suntikan intra muskuler (IM). Efek samping yang timbul seperti demam yang disertai rewel selama 1-2 hari, pembengkakan, agak nyeri atau pegal-pegal pada tempat penyuntikan yang

akan hilang sendiri dalam beberapa hari, atau bila masih demam bias diberi obat penurun panas bayi. Imunisasi DPT tidak dapat diberi pada anak yang mempunyai penyakit atau kelainan saraf baik bersifat keturunan atau bukan, anak yang demam dan bersifat alergi.

c. Imunisasi Polio

Imunisasi polio adalah imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan terhadap penyakit poliolielitis yang merupakan penyakit radang yang menyerang saraf dan dapat mengakibatkan kelumpuhan. Pemberian iminisasi ini empat kali pada bayi usia 0-11 bulan, bisa diberi lebih dari jadwal yang telah ditentukan dan tidak akan berdampak buruk. Pemberian imunisasi ini melalui oral/mulut dan dapat mencegah penyakit polio hingga 90%. Pada imunisasi ini hampir tidak ada efek samping, hanya sebagian kecil saja yang mengalami pusing, diare ringan dan sakit otot. Imunisasi polio tidak diberikan pada anak yang menderita penyakit gangguan kekebalan, begitu juga anak dengan penyakit HIV/AIDS, kanker, sedang menjalani pengobatan steroid dan pengobatan radiasi umum.

d. Imunisasi Campak

Imunisasi campak adalah imunisasi imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit campak (*morbili/measles*). Pemberian imunisasi campak hanya satu kali pada bayi usia 9-11 bulan dan sebaiknya diberi pada usia 9 bulan, dianjurkan pemberiannya sesuai jadwal, selain antibody dari ibu sudah menurun di usia bayi 9 bulan, penyakit campak umumnya menyerang anak usia balita. Cara pemberian imunisasi ini melalui subkutan. Biasanya tidak terdapat reaksi akibat imunisasi, hanya terjadi demam ringan dan efek kemerahan pada pipi dibawah telinga pada hari ke 7-8 setelah penyuntikan, atau terdapat pula pembengkakan pada daerah penyuntikan. Imunisasi campak tidak diberikan pada anak dengan penyakit infeksi akut yang

disertai demam, penyakit gangguan kekebalan, penyakit TBC, anak dengan kekurangan gizi berat dan anak dengan penyakit keganasan.

e. Imunisasi Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B adalah imunisasi yang digunakan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit hepatitis B yaitu penyakit infeksi yang dapat merusak hati. Imunisasi Hepatitis B ini diberikan tiga kali pada bayi usia 1-11 bulan, dengan syarat kondisi bayi dalam keadaan stabil. Imunisasi hepatitis B diberikan dengan cara intra muskuler (IM) dibagian lengan atau paha bagian otot depan bayi. Penyuntikan dibokong tidak dianjurkan karena bias mengurangi efektifitas vaksin. Tingkat kekebalannya cukup tinggi, setelah tiga kali suntikan lebih dari 95% bayi mengalami respon imun yang cukup.

Efek samping yang ditimbulkan imunisasi ini hanya berupa nyeri pada tempat penyuntikan, yang disusul demam ringan dan pembengkakan. Reaksi ini hilang dalam waktu dua hari. Imunisasi Hepatitis B tidak dapat diberikan pada anak yang menderita sakit berat (Maryunani, 2010).

2.2.4 Proses Pencatatan Atau Pelaporan Cakupan Imunisasi Dasar Pada Balita

1. Definisi Proses Pencatatan Atau Pelaporan Imunisasi Dasar Pada Balita

Setiap bayi/anak sebaiknya mempunyai dokumentasi imunisasi seperti kartu imunisasi yang dipegang oleh orang tua atau pengasuhnya. Setiap dokter atau tenaga paramedis yang memberikan imunisasi harus mencatat semua data-data yang relevan pada kartu imunisasi. Data yang harus dicatat pada kartu imunisasi : 1. Jenis vaksin yang diberikan, termasuk nomor *batch* dan nama dagang; 2. Tanggal melakukan vaksinasi; 3. Efek samping bila ada; 4. Tanggal vaksinasi berikut; 5. Nama tenaga medis/paramedik yang memberikan vaksin. Pentingnya kartu vaksinasi ini untuk menilai jenis dan jumlah vaksin yang

diberikan dan bagaimana pemberian vaksinasi selanjutnya untuk pasien dengan imunisasi tidak lengkap dan cara mengejar (*catch up*) imunisasi yang tertinggal (Ranuh,et al. 2008).

Pencatatan adalah kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktivitas dalam bentuk tulisan. Pencatatan dilakukan diatas kertas, disket, pita nama dan pita film. Bentuk catatan dapat berupa tulisan, grafik, gambar dan suara (Syahlan : 253). Sedangkan setiap kegiatan yang dilakukan diakhiri dengan pembuatan laporan. Laporan adalah catatan yang memberikan informasi tentang kegiatan tertentu dan hasilnya yang disampaikan ke pihak yang berwenang atau berkaitan dengan kegiatan tersebut (Syahlan : 256).

Pencatatan dan pelaporan adalah indikator keberhasilan suatu kegiatan. Tanpa ada pencatatan dan pelaporan, kegiatan atau program apapun yang dilaksanakan tidak akan terlihat wujudnya. Output dari pencatatan dan pelaporan ini adalah sebuah data dan informasi yang berharga dan bernilai bila menggunakan metode yang tepat dan benar. Jadi, data dan informasi merupakan sebuah unsur terpenting dalam sebuah organisasi, karena data dan informasilah yang berbicara tentang keberhasilan atau perkembangan organisasi tersebut.

Pencatatan (*recording*) dan pelaporan (*reporting*) berpedoman kepada Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP). SP2TP adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga, dan upaya pelayanan kesehatan di puskesmas termasuk puskesmas pembantu, yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 63/Menkes/SK/II/1981. Data SP2PT berupa Umum dan demografi, Ketenagaan, Sarana, Kegiatan pokok Puskesmas.

Beberapa pengertian dasar dari SP2TP menurut DepKes RI (1992), Sistem adalah satu kesatuan yang terdiri atas beberapa komponen yang saling

berkaitan, berintegrasi dan mempunyai tujuan tertentu. Terpadu merupakan gabungan dari berbagai macam kegiatan pelayanan kesehatan puskesmas, untuk menghindari adanya pencatatan dan pelaporan lain yang dapat memperberat beban kerja petugas puskesmas. Pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan tiap kegiatan bagi tenaga kesehatan adalah melakukan pencatatan data penyelenggaraan tiap kegiatan bagi tenaga kesehatan dan melaporkan data tersebut kepada instansi yang berwenang berupa laporan lengkap pelaksanaan kegiatan dengan menggunakan format yang di tetapkan.

Pencatatan dan pelaporan rekapitulasi kegiatan tiap triwulan adalah melakukan pencatatan data pada semua kegiatan dalam satu triwulan berjalan dan melaporkan data tersebut dalam bentuk rekapitulasi kegiatan triwulanan kepada instansi yang berwenang dengan menggunakan format yang di tetapkan. Pencatatan dan pelaporan rekapitulasi kegiatan yang di selenggarakan setiap triwulan dan tiap tahun adalah pencatatan data untuk semua kegiatan dalam satu triwulan dan satu tahun berjalan, serta melaporkan data tersebut dalam bentuk rekapitulasi kegiatan triwulanan dan tahunan kepada instansi yang berwenang dengan menggunakan format yang telah di tetapkan. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) didalam pelaksanaannya masih terbatas pada data yang merupakan hasil dari interaksi antara masyarakat dengan fasilitas kesehatan.

SP2TP/SIMPUS dapat juga membantu dalam perencanaan program-program kesehatan di puskesmas. Namun dalam kenyataannya belum berjalan seperti yang harapkan, bahkan kehadiran sistem pencatatan dan pelaporan di puskesmas dilihat sebagai suatu hal yang cukup membebani petugas puskesmas. Evaluasi dilakukan untuk mengkaji pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan di Puskesmas, menemukan masalah-masalah yang dihadapi baik dari aspek teknis dan non teknis (Wahid, 2012).

2. Tujuan Proses Pencatatan Atau Pelaporan Imunisasi Dasar Pada Balita

Tersedianya data dan informasi yang akurat tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur pengolahan program kesehatan masyarakat melalui puskesmas di berbagai tingkat administrasi (Wahid, 2012). Tujuan khususnya sendiri adalah agar tersedia data secara akurat yang meliputi segala aspek, terlaksananya pelaporan yang secara teratur diberbagai jenjang administrasi sesuai dengan prosedur yang berlaku, digunakan data tersebut sebagai alat pengambilan keputusan dalam rangka pengelolaan rencana dalam bidang program kesehatan (Wahid, 2012).

Untuk kelancaran kegiatan SP2TP di Puskesmas, maka dibentuk pengorganisasian yang terdiri dari (Ahmad, 2005):

a. Penanggung Jawab (Kepala Puskesmas), yang bertugas memberikan bimbingan kepada koordinator SP2TP dan para pelaksana kegiatan di Puskesmas.
b. Koordinator (Petugas yang ditunjuk Kepala Puskesmas)

   Koordinator SP2TP bertugas mengumpulkan laporan dari masing-masing pelaksana kegiatan. Bersama dengan para pelaksana kegiatan membuat laporan bulanan SP2TP dan mengirimkan laporan tersebut ke Dinas Kesehatan Dati II paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, bersama dengan para pelaksana kegiatan membuat laporan tahunan SP2TP dan mengirimkan laporan tersebut ke Dinas Dati II paling lambat 31 Januari tahun berikutnya. Menyimpan arsip laporan SP2TP dari masing-masing pelaksana kegiatan. Bertanggung jawab atas kelancaran pelaksanaan SP2TP kepada Kepala Puskesmas. Mempersiapkan pertemuan berkala setiap 3 bulan yang dipimpin oleh Kepala Puskesmas

dengan pelaksanaan kegiatan untuk menilai pelaksanaan kegiatan SP2TP.

c. Anggota (Pelaksana Kegiatan di Puskesmas)

Pelaksana kegiatan SP2TP bertugas mencatat setiap kegiatan pada kartu individu dan register yang ada, mengadakan bimbingan terhadap Puskesmas Pembantu dan Bidan di Desa, melakukan rekapitulasi data dari hasil pencatatan dan laporan Puskesmas Pembantu serta Bidan di Desa menjadi laporan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya. Hasil dari rekapitulasi ini merupakan bahan untuk mengisi/membuat laporan SP2TP. Setiap tanggal 5 mengisi/membuat laporan SP2TP dari hasil kegiatan masing-masing dalam 2 rangkap dan disampaikan kepada koordinator SP2TP Puskesmas. Dengan rincian satu rangkap untuk arsip koordinator SP2TP Puskesmas dan satu rangkap oleh Koordinator SP2TP Puskesmas disampaikan ke Dinas Kesehatan Dati II. Mengolah dan memanfaatkan data hasil rekapitulasi untuk tindak lanjut yang diperlukan dalam rangka meningkatkan kinerja kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya serta bertanggung jawab atas kebenaran isi laporan kegiatannya.

3. Ruang Lingkup Proses Pencatatan Atau Pelaporan Imunisasi Dasar Pada Balita

SP2TP dilakukan oleh semua puskesmas termasuk puskesmas pembantu (PUSTU) dan puskesmas keliling. Pencatatan dan pelaporan mencakup data umum dan demografi wilayah kerja puskesmas, data ketenagaan di puskesmas, data sasaran yang dimiliki puskesmas, data kegiatan pokok puskesmas. Pelaporan dilakukan setelah periodik (bulan, semester, tahunan).

Bulanan mencakup data kesakitan, kematian dan operasional (gizi, imunisasi, KIA, KB, dsb), dan data managemen obat. Semester mencakup data kegiatan puskesmas. Tahunan mencakup umum dan fasilitas, saran, serta tenaga (Wahid, 2012).

4. Alur Pengiriman Proses Pencatatan Atau Pelaporan Imunisasi Dasar Pada Balita

SP2TP dikirim kedinas kesehatan tingkat II, diteruskan kedinas kesehatan tingkat I, kemudian diteruskan ke departemen kesehatan (bagian informasi Ditjen pembinanaan kesehatan masyarakat). Umpan balik dikirim ke kanwil ke departemen kesehatan provinsi. Alur pengiriman jangka panjang mengikuti alur jenjang administrasi organisasi. Departemen kesehatan menerima laporan dari kanwil departemen kesehatan provinsi (Wahid, 2012).

5. Pengolahan Analisa Dan Pemanfaatan Proses Pencatatan Atau Pelaporan Imunisasi Dasar Pada Balita

a. Pengolahan Analisa

Pengolahan analisa dilaksanakan pada setiap jenjang administrasi, pemanfaatan disesuaikan dengan tugas dan fungsi dalam pengambilan keputusan. Dipuskesmas digunakan untuk pemantauan dan pelaksanaan program operasionalisasi *early warning system*. Pada Dati TK II digunakan untuk pemantauan, pengendalian dan pengambilan tindak koreksi yang diperlukan. Pada Dati TK I digunakan untuk perencanaan program dan pemberian bantuan yang diperlukan. Pada tingkat pusat digunakan untuk pengambilan kebijaksanaan pada tingkat nasional.

b. Pemanfaatan Data

Pemanfaatan data digunakan untuk memenuhi kebutuhan administrasi pada jenjang yang lebih tinggi dalam rangka pembinaan, perencanaan dan penetapan kebijaksanaan. Selain iu, dimanfaatkan puskesmas untuk meningkatkan upaya kesehatan puskesmas. Upaya yang dilakukan puskesmas melalui perencanaan (perencanaan mikro), penggerakkan dan pelaksanaan (lokakarya mini puskesmas), serta pengawasan dan pengendalian dan penilaian (stratifikasi) (Wahid, 2012).

6. Jenis Proses Pencatatan Atau Pelaporan Imunisasi Dasar Pada Balita

Adapun beberapa jenis laporan yang di buat oleh puskesmas adalah laporan harian, laporan mingguan, dan laporan bulanan. Laporan harian untuk melakukan kejadian luar biasa penyakit tertentu. Laporan mingguan untuk melaporkan kegiatan penyakit yang sedang di tanggulangi. Laporan bulanan untuk melakukan kegiatan rutin program (Wahid, 2012).

7. Alur dan Frekuensi Proses Pencatatan Atau Pelaporan Imunisasi Dasar Pada Balita

Alur laporan dari Dati II dikirimkan ke Dinas Kesehatan Dati I dan Kanwil Departemen Kesehatan Provinsi serta pusat (Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat) dalam bentuk rekapitulasi dari laporan SP2TP. Laporan tersebut meliputi laporan triwulan dan laporan tahunan. Laporan triwulan berisi hasil entri data/rekapitulasi laporan LB 1, hasil entri data/rekapitulasi laporan LB 2, hasil entri data/rekapitulasi laporan LB 3, hasil entri data/rekapitulasi laporan LB 4. Laporan Triwulan dikirim paling lambat tanggal 20 bulan berikutnya dari triwulan yang dimaksud.

Laporan tahunan berisi hasil entri data/rekapitulasi laporan LT-1, hasil entri data/rekapitulasi laporan LT-2, hasil entri data/rekapitulasi laporan LT-3.

Laporan tahunan dikirim paling lambat akhir bulan Februari di tahun berikutnya. Laporan triwulan dan tahunan kepada dinas-dinas terkait, yaitu Kepala Dinas Kesehatan Dati I, Kepala Kantor Wilayah Depkes Provinsi, Depkes RI Ditjen Binkesmas (Wahid, 2012).

8. Mekanisme Proses Pencatatan Atau Pelaporan Imunisasi Dasar Pada Balita

   Proses pencatatan dan pelaporan tingkat Puskesmas, terdiri atas:

   a. Laporan dari puskesmas pembantu dan bidan di desa disampaikan ke pelaksana kegiatan di puskesmas.
   b. Pelaksana kegiatan merekapitulasi data yang dicatat baik di dalam maupun di luar gedung serta laporan yang di terima dari puskesmas pembantu dan bidan di desa.
   c. Hasil rekapitulasi pelaksanaan kegiatan dimasukkan ke formulir laporan sebanyak 2 rangkap, untuk disampaikan kepada koordinator SP2TP.
   d. Hasil rekapitulasi pelaksanaan kegiatan diolah dan dimanfaatkan untuk tindak lanjut yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja kegiatan (Wahid, 2012).

Pelaporan terpadu Puskesmas menggunakan tahun kalender yaitu dari bulan Januari sampai dengan Desember dalam tahun yang sama. Adapun formulir Laporan yang digunakan untuk kegiatan SP2TP adalah:

a. Laporan Triwulan, yang mencakup: Data Kesakitan (LB.1), Data Obat-Obatan (LB.2), Gizi, KIA, Imunisasi dan Pengamatan Penyakit menular (LB.3) serta Data Kegiatan Puskesmas (LB.4);
b. Laporan Sentinel, yang mencakup: Laporan Bulanan Sentinel (LB1S) dan, Laporan Bulanan Sentinel (LB2S);

c. Laporan Tahunan, yang mencakup: Data dasar Puskesmas (LT-1), Data Kepegawaian (LT-2) dan, Data Peralatan (LT-3).

Laporan Bulanan (LB) dilakukan setiap bulan dan baling lambat tanggal 10 bulan berikutnya dikirim ke Dinas Kesehatan Dati II. Laporan bulanan sentinel LB1S dan LB2S setiap tanggal 10 bulan berikutnya dikirim ke Dinas Kesehatan Dati II, Dati I dan Pusat (untuk LB1S ke Ditjen PPM dan LB2S ke Ditjen Binkesmas), sedangkan Laporan Tahunan (LT) dikirim selambat-lambatnya tanggal 31 januari tahun berikutnya. Khusus untuk laporan LT-2 (data Kepegawaian) hanya di isi bagi pegawai yang baru/belum mengisi formulir data Kepegawaian (Ahmad, 2005).

Dinas kesehatan kabupaten/kota mengolah kembali laporan puskesmas dan mengirimkan umpan baliknya ke Dinkes Provinsi dan Depkes Pusat. Feed back terhadap laporan puskesmas harus dikirimkan kembali secara rutin ke puskesmas untuk dapat dijadikan evaluasi keberhasilan program. Sejak otonomi daerah mulai dilaksanakan, puskesmas tidak wajib lagi mengirimkan laporan ke Depkes Pusat. Dinkes kabupaten/kotalah yang mempunyai kewajiban menyampaikan laporan rutinnya ke Depkes Pusat (Wahid, 2012).

2.2.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Cakupan Imunisasi Dasar Pada Balita

a. Pendidikan

Pendidikan adalah salah satu usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan menentukan pola pikir dan wawasan seseorang. Pendidikan memiliki peranan yang penting dalam kwalitas. Lewat pendidikan manusia dianggap akan memperoleh pengetahuan (Notoadmodjo, 2003).

Pendidikan tinggi berkaitan erat dengan pemberian imunisasi pada anak (Linda, 2009). Sejalan dengan hal tersebut berdasarkan penelitian Idwar (2001) juga disimpulkan bahwa tingkat pendidikan seseorang ibu yang telah tinggi akan berpeluang besar untuk mengimunisasikan anaknya. Ibu yang berpendidikan mempunyai pengetahuan yang lebih baik tentang pencegahan penyakit dan kesadaran lebih tinggi terhadap masalah-masalah kesehatan yang sedikit banyak telah diajarkan disekolah.

Hal ini diperkuat kembali dengan adanya penelitian oleh Widyanti (2008) menjelaskan bahwa ibu yang memiliki tingkat pendidikan yang telah tinggi akan memberikan imunisasi lebih lengkap kepada anaknya dibandingkan ibu dengan pendidikan rendah. Hasil penelitian Lienda (2009) mengatakan ada hubungan signifikan anatara pendidikan ibu dengan status kelengkapan imunisasi dasar anak dengan p-*value*=0,000. Ibu-ibu dengan pendidikan yang tinggi akan lebih banyak mendapatkan informasi dari lingkungan pendidikan dan informasi dari penyuluhan.

b. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu yang mana penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba yang sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. 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 kita ketahui dapat kita lihat sesuai dengan tingkatan-tingkatan (Notoatmodjo, 2007). Seorang ibu akan membawa bayinya untuk di imunisasi ke pelayanan kesehatan bila seorang ibu mengerti apa manfaat imunisasi tersebut bagi bayinya,

pemahaman dan pengetahuan seorang ibu terhadap kelengkapan imunisasi dasar terhadap bayi akan berpengaruh.

Dari hasil SDKI 1997 kelengkapan imunisasi bayi berdasarkan tingkat pengetahuan ibu adalah dari 265 anak yang ibunya tidak sekolah hanya 39,3% yang di imunisasi lengkap, dari 704 anak yang ibunya tidak tamat SD sebesar 42,3% yang di imunisasi lengkap, dari 1.030 anak yang ibunya tamat SD sebesar 51,9% yang di imunisasi lengkap, sedangkan dari 1090 bayi yang ibunya dengan pendidikan SMP keatas sebesar 69,3% yang di imunisasi lengkap.

Menurut hasil penelitian dari Sudarti “Perilaku imunisasi dari ibu-ibu balita yang berkunjung ke pelayanan kesehatan swasta di DKI Jakarta tahun 2000” didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan responden terhadap imunisasi dasar.

c. Usia Ibu

Usia adalah lamanya seseorang hidup dihitung dari tahun lahirnya sampai dengan ulang tahunnya yang terakhir. Usia merupakan konsep yang masih abstrak bahkan cenderung menimbulkan variasi dalam pengukurannya. Seseorang mungkin menghitung umur dengan tepat tahun dan kelahirannya, sementara yang lain menghitungnya dalam ukuran tahun saja (Zaluchu, 2008). Ibu yang berusia lebih muda dan baru memiliki anak biasanya cenderung untuk memberikan perhatian yang lebih akan kesehatan anaknya, termasuk pemberian imunisasi (Reza, 2006). Merujuk hal tersebut, diketahui bahwa usia yang aman seorang ibu untuk melahirkan anak adalah 20 sampai 30 tahun (Saputra, 2009).

Status imunisasi semakin baik seiring dengan peningkatan usia ibu (Reza, 2006). Penelitian Rahma Dewi (1994) memperoleh hasil bahwa 58,3% kelengkapan status imunisasi anak terdapat pada ibu yang berusia 20-29 tahun. Sedangkan proporsi yang hampir sama pada usia ibu 15-19 tahun sebesar 48,4% dan usia ibu 30 tahun lebih sebesar 48,5%. Reza (2006) ada hubungan

bermakna secara statistik yang ditunjukkan oleh nilai p-*value*=0,000. Ibu yang berusia ≥30 tahun 2,78 kali lebih besar status imunisasi dasar anaknya untuk tidak lengkap dibandingkan dengan ibu yang berusia <30 tahun.

d. Pekerjaan Ibu

Pekerjaan adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang. Dalam pembicaraan sehari-hari istilah ini sering dianggap sinonim dengan profesi (Santoso, 2012). Pekerjaan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah aktivitas yang dilakukan oleh ibu baik pekerjaan formal (pada suatu instansi) maupun informal (IRT). Ibu yang tidak bekerja dapat fleksibel dengan jadwal posyandu yang umumnya diadakan sekitar pukul 09.00 selain itu ibu yang tidak bekerja memiliki banyak waktu untuk mendapat informasi terkait jadwal imunisasi serta fungsi dan manfaatnya pada saat posyandu karena tidak terburu-buru pulang.

Dalam penelitian sebelumnya terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan ibu dengan cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi, artinya pekerjaan formal memberikan efek negatif kepada responden untuk mengimunisasi anaknya secara lengkap. Sebaliknya pekerjaan informal memberikan efek positif kepada responden untuk mengimunisasi anaknya secara lengkap. Besarnya kekuatan hubungan pekerjaan ibu dengan cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi tergolong kuat.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mursyida (2013) di Desa Muara Medak yaitu ada hubungan antara pekerjaan dengan status imunisasi dasar pada bayi. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Herlinti (2011) di Sidorejo Pagar Alam, menunjukkan ada hubungan antara pekerjaan ibu dengan status imunisasi dasar pada bayi. Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Rubinetta (2011) di Bola Raja Medan,

menunjukkan ada hubungan antara pekerjaan dengan status imunisasi dasar pada bayi.

e. Jumlah Anak

Jumlah anak yang dimaksud adalah banyaknya anak yang dimiliki dalam satu keluarga kecil. Keluarga yang memiliki hanya satu orang anak biasanya akan mampu memberikan perhatian penuh pada anaknya, segala kebutuhan baik fisik maupun mental mereka berikan secara baik, bahkan kadang terlalu berlebihan. Akan tertapi perhatian kepada anak akan terbagi bila lahir anak yang berikutnya, perhatian ibu akan terbagi sejumlah anak yang dilahirkan. Hal ini seringkali mengakibatkan pemberian imunisasi tidak sama untuk anaknya.

Dari hasil SDKI 1997 terlihat bahwa anak yang tidak pernah diimunisasi terbesar adalah anak bungsu, anak yang tidak pernah diimunisasi berdasarkan urutan kelahiran adalah anak 1 sebesar 4,5%, anak 2-3 sebesar 3,6%, anak 4-6 sebesar 9,8% dan anak ke atas sebesar12,5%. Keadaan ini sesuai dengan hasil peneltian Kristijono (2001) yang menyatakan bahwa bayi yang dirawat inap di RSU. Dr. Pringandi medan sebesar 28,57% mempunyai saudara lebih tiga orang, hal ini kemungkinan disebabkan cakupan imunisasi bayi yang jumlah anak dalam keluarga lebih tiga orang lebih rendah dari pada jumlah anaknya kurang dari tiga orang.

f. Faktor Tempat Pelayanan Imunisasi

Tempat pelayanan imunisasi adalah tempat dilaksanakannya imunisasi. Pelayanan adalah proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung. Pelayanan imunisasi Dalam hal ini pelayanan kesehatan dalam pemberian imunisasi pada bayi sangat penting karena apabila pelayanan yang diberikan kurang memuaskan maka si ibu merasa enggan membawa bayinya untuk imunisasi.

Disamping pelayanan imunisasi yang disediakan Pemerintah, saat pelayanan kesehatan swasta juga telah menyediakan unit pelayanan imunisasi, hal ini tentu saja akan meningkatkan cakupan pemberian imunisasi. Berapa pelayanan imunisasi yang umum adalah Posyandu, Rumah Sakit Negeri atau Puskesmas, Rumah Sakit Swasta atau Klinik Bersalin, dan Praktek Dokter.

Dari hasil penelitian Soeratmi tahun 1999 menunjukkan bahwa responden yang mengimunisasikan bayi ke pelayanan swasta yang terbanyak (28,1) menggunakan pelayanan Klinik/ Rumah Bersalin, Dokter anak (19,5%) dan Bidan Praktek (12,3%). Beberapa alasan yang dikemukakan oleh mereka yang pergi ke pelayanan swasta secara berturut-turut adalah karena langganan (17%), lahir di pelayan swasta (13,3%), dekat dan mudah (16%) dan pelayananya baik dan cocok (10,5%).

2.2.6 Apa Yang Meningkatkan Cakupan Imunisasi Dasar Pada Balita

a. Penggunaan Sarana Teknologi Informasi dan Komunikasi

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Clark, Butchart, Kennedy, dan Dombkowsky (2011), dari berbagai cara pengingat tersebut, sebagian besar orang tua lebih menyukai pengingat melalui surat (33%) dan panggilan telepon (35%), sedangkan sisanya memilih untuk diingatkan melalui e-mail (16%), panggilan ke telepon seluler (8%), pesan teks (3%), dan tidak ingin diingatkan (5%). Dari persentase tersebut terlihat bahwa panggilan melalui telepon merupakan cara yang paling disukai oleh orang tua. Cara tersebut menjadi pilihan terpopuler karena orang tua dapat berinteraksi dengan pengirim pesan sehingga dapat sekaligus menanyakan hal-hal yang belum mereka pahami.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Suh, Saville, Daley, Glazner, Barrow, Stokley, et al (2012) juga membuktikan bahwa persentase remaja yang mendapatkan imunisasi pada kelompok intervensi yang menerima pengingat

berupa surat dan panggilan otomatis telepon lebih tinggi secara signifikan dibanding kelompok kontrol yang tidak menerima pengingat imunisasi. Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan dan kesadaran akan pentingnya imunisasi saja belum cukup untuk menyukseskan program imunisasi karena kesibukan yang tinggi sering membuat orang tua lupa dengan jadwal imunisasi anaknya. Sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan program pengingat imunisasi melalui telepon, SMS, maupun e-mail juga cukup efisien karena berbagai operator telepon seluler maupun website memberikan berbagai penawaran dan kemudahan penggunaan layanan tersebut dengan biaya yang murah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kempe, Barrow, Stokley, Saville, Glazner, Suh, et al (2012) dan Suh, Saville, Daley, Glazner, Barrow, Stokley, et al (2012).

Berbagai penelitian membuktikan bahwa salah satu cara untuk meningkatkan cakupan dan kelengkapan imunisasi pada anak adalah dengan mengingatkan orang tua menjelang jadwal pemberian imunisasi pada anaknya. Panggilan melalui telepon rumah maupun telepon seluler serta pesan singkat merupakan media yang sederhana, mudah, serta efisien waktu, biaya, dan tenaga untuk menyampaikan pengingat tersebut. Media tersebut juga sesuai untuk diterapkan pada masyarakat di Indonesia mengingat saat ini sebagian keluarga di Indonesia dilengkapi dengan fasilitas telepon rumah maupun telepon seluler. Oleh karena itu, pemerintah hendaknya mempertimbangkan penerapan gagasan tersebut untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan pada anak, khususnya untuk meningkatkan cakupan dan kelengkapan imunisasi anak di Indonesia.

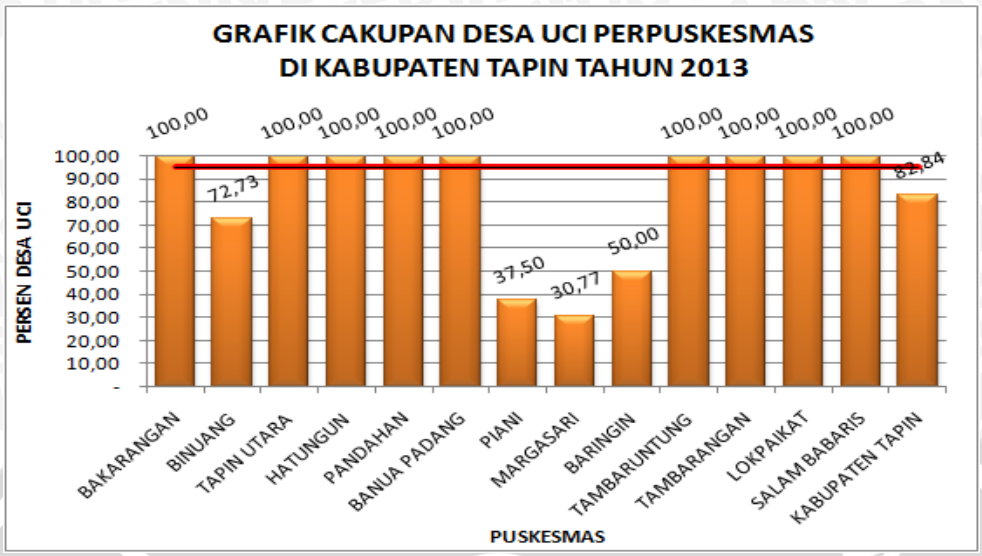
b. Program Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child Imunization (GAIN UCI)

Indikator keberhasilan GAIN UCI mengacu pada RPJMN Tahun 2010-2014 dengan target tahun 2010 mencapai UCI desa/kelurahan 80% dan 80% bayi usia 0-11 bulan mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Tahun 2011 mencapai UCI 85%, dan 82% bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Tahun 2012 mencapai UCI 90% dan 85% bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Tahun 2013 mencapai UCI 95% dan 88% bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Tahun 2014 mencapai UCI 100% dan 90% bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Target pada tahun 2014 seluruh desa/kelurahan mencapai 100% UCI (Universal Child Immunization) atau 90% dari seluruh bayi di desa/kelurahan tersebut memperoleh imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari BCG, Hepatitis B, DPT-HB, Polio dan campak.

Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional Universal Child of Immunization (GAIN UCI) akan dilaksanakan secara bertahap mulai tahun 2010-2014, dengan sasaran seluruh bayi usia 0-11 bulan mendapatkan imunisasi dasar lengkap yaitu BCG, Hepatitis B, DPT-HB, Polio dan campak. Guna mecapai target 100% UCI desa/kelurahan pada tahun 2014 perlu dilakukan berbagai upaya percepatan melalui Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional untuk mencapai UCI (GAIN UCI). Indonesia bersama seluruh negara anggota WHO di Regional Asia Tenggara telah menyepakati tahun 2012 sebagai Tahun Intensifikasi Imunisasi Rutin atau Intensification of Routine Immunization (IRI). Hal ini sejalan dengan Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional atau GAIN UCI yang bertujuan meningkatkan cakupan dan pemerataan pelayanan imunisasi sampai ke seluruh desa di Indonesia.

Berdasarkan hasil perhitungan cakupan imunisasi dasar lengkap di Kabupaten Tapin Tahun 2013 maka dapa dihitung cakupan desa UCI dengan rincian sebagai berikut:

Gambar 2.1 Grafik Cakupan Imunisasi Desa UCI Perpuskesmas di Kabupaten Tapin Tahun 2013



Sumber: Imunisasi desa UCI Kabupaten Tapin tahun 2013

Dari grafik tersebut di atas terlihat bahwa cakupan desa UCI di Kabupaten Tapin masih sangat bervariasi dari tinggi ke rendah, paling rendah yaitu pada Puskesmas Margasari Kecamatan Candi Laras Utara, hal ini diakibatkan antara lain oleh jauhnya jarak untuk menuju desa-desa tempat sasaran berada yang dipisahkan oleh sungai-sungai dan rawa-rawa, sasaran tidak ada ditempat pada saat jadwal pelayanan imunisasi luar gedung, tinggi biaya untuk menuju lokasi, masih rendahnya tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya imunisasi (penolakan akibat takut bayi panas).

Di samping Puskesmas Margasari juga terdapat tiga puskesmas lainnya yang juga belum mencapai target cakupan desa UCI yaitu Puskesmas Piani, Puskesmas Baringin dan Puskesmas Binuang dan tentunya wilayah-wilayah ini yang menjadi kantong-kantong rawan PD3I.

Cakupan imunisasi dasar lengkap di Kabupaten Tapin dapat dilihat pada grafik berikut ini:

Gambar 2.2 Grafik Cakupan Lima Imunisasi Dasar Lengkap Tingkat Puskesmas di Kabupaten Tapin Tahun 2013

Sumber: Imunisasi desa UCI Kabupaten Tapin tahun 2013

Dari grafik tersebut di atas terlihat bahwa Puskesmas Tambaruntung dapat mencapai cakupan desa UCI 100% desa dengan cakupan LIL 100% bayi, artinya secara data semua bayi di wilayah kerja Puskesmas Tambaruntung telah mendapat lima imunisasi dasar secara lengkap dan tepat waktu.

c. Nilai

Nilai adalah ide atau konsep tentang apa yang dipikirkan seseorang atau dianggap penting oleh seseorang (Fraenkel, 1977). Penilaian responden terhadap imunisasi berdampak pada ketidakpatuhan dalam memberikan imunisasi kepada anak. Perbedaan penilaian responden terhadap imunisasi berdampak pada adanya perbedaan tingkat ketidakpatuhan responden untuk tidak memberikan imunisasi kepada anaknya.

Ketika ibu percaya bahwa imunisasi dapat menghindarkan anaknya dari penyakit berbahaya, maka penilaian ibu terhadap imunisasi menjadi baik. Namun ketika ibu khawatir bahwa sistem kekebalan anak dapat melemah karena terlalu banyak imunisasi. ini merupakan nilai atau kepercayaan yang terkait dengan meningkatkan kemungkinan seorang ibu menolak terhadap pemberian macam imunisasi pada anaknya. Hal tersebut sebagaimana dikemukakan oleh Gust (2004) yang menyebutkan penilaian terhadap vaksin yang belum sepenuhnya aman terjadi ketika ada kejadian setelah mendapatkan imunisasi, anak terjadi autis. Hal ini sangat mengkhawatirkan bagi kaum ibu dan menjadi pertimbangan untuk memberikan imunisasi, padahal belum terbukti pasti efek dari imunisasi.

Selain itu adanya pemahaman bahwa salah satu unsur pembuatan vaksin berasal dari hewan babi maka ibu-ibu menilai negatif terhadap imunisasi dan ibu menolak anaknya diberi imunisasi karena dalam ajaran agama Islam tidak diperbolehkan (Hidayat, 2008), ini sesuai dengan Hadis Rasullullah SAW, yaitu ”Allah SWT telah menurunkan penyakit dan obat, serta menjadikan obat bagi setiap penyakit, maka berobatlah dan janganlah berobat dengan berdzat yang haram” (Qardhawi, 2008).