

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERSEPSI IBU
TERHADAP PELAYANAN IMUNISASI PPI PADA ANAK
DI DESA NYABAKAN TIMUR KABUPATEN SUMENEP**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL



Oleh :

**BENY SANTOSO
010510869 B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2009

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari jenjang pendidikan perguruan tinggi manapun

Surabaya, 12 Agustus 2009
Yang menyatakan

Beny Santoso
010510869 B

**LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI INI TELAH DIUJI**

TANGGAL : 19 Agustus 2009

Pembimbing Ketua

Yuni Sufyanti Arief, SKp., M.Kes
NIP. 132 295 670

Pembimbing II

Ilya Krisnana, S.Kep, Ns
NIK. 139 080 792

Mengetahui,
a.n Penjabat Dekan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Penjabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes
NIP. 132 295 670

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSO INI TELAH DISEMINARKAN
TANGGAL 19 AGUSTUS 2009

PANITIA PENGUJI:

Ketua : Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes (.....)

Anggota :1. Ilya Krisnana, S.Kep., Ns (.....)

2. Khoridatul Bahiyah, S.Kep., Ns (.....)

Mengetahui,
a.n Penjabat Dekan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Penjabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes
NIP. 132 295 670

MOTTO

KEGAGALAN ADALAH KESUKSESAN YANG TERTUNDA,
MAKA JANGAN PERNAH PUTUS ASA ATAS KEGAGALAN
YANG PERNAH KITA ALAMI

JALANI HIDUP INI DENGAN IKLAS

KUPERSEMBAHKAN BUAT :

IBUNDA DAN ALMARHUMAH AYAHANDA SERTA
SAUDARA-SAUDARAKU TERSAYANG YANG SELALU ADA
DALAM HIDUPKU

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Yang Maha kuasa atas Rahmat dan Karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “ Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi PPI Pada Anak Di Desa Nyabakan Timur Kabupaten Sumenep.”

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu besar harapan penulis atas kritik dan saran dari pembaca demi kesempurnaan hasil penelitian ini.

Adanya bantuan dan dukungan dari semua pihak terkait sehingga skripsi ini dapat tersusun hingga selesai, untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Fasich, Apt, selaku Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti Pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Dr. Nursalam. M.Nurs, (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti Pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Dr. H. Utomo, M.Kes, selaku Kepala Puskesmas Batang-Batang dan staf yang telah memberikan izin, bantuan dan fasilitas dalam terlaksananya pengumpulan data hingga kegiatan penelitian ini dapat berjalan lancar.

4. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes, selaku Pembimbing Ketua yang telah banyak memberikan bimbingan dan motivasi dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
5. Ilya Krisnana, S.Kep, Ns, selaku Pembimbing ke dua yang telah banyak memberikan bimbingan dan motivasi dengan penuh kesabaran sehingga skripsi ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.
6. Semua Dosen dan staf Program studi ilmu Keperawatan universitas Airlangga yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. RB. Khoirul Anwar Amd. Kep, yang telah membantu saya dalam membimbing sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
8. Mama dan saudara-saudaraku tercinta yang telah memberikan do'a, dukungan moril, materiil dan selalu memberikan semangat sampai terselesainya skripsi ini, serta untuk almarhumah ayahanda tercinta.
9. Fida Rosa terima kasih atas supportnya.
10. Semua ibu yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
11. Teman-teman A5 dan semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan kepada penulis selama penyusunan skripsi.

Akhirnya, semoga bimbingan dan bantuan dari semua yang terlibat mendapat balasan dri Allah SWT dan skripsi ini bermanfaat bagi yang membaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 12 Agustus 2009

Penulis

ABSTRACT**THE ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO THE MOTHER'S
PERCEPTION ABOUT IMPLEMENTATION OF CHILDREN
IMMUNIZATION (PPI)
CROSS SECTIONAL
On NYABAKAN TIMUR, SUMENEP REGENCY****Beny Santoso**

Immunization is an effort to increase immunity. There are several types of immunization, e.g., BCG, DPT, hepatitis, polio and measles. For some mother, the side effects of immunization often result in negative perception as their babies become ill. This study was intended to find the correlation between the knowledge factor, culture factor, and implementation of children immunization factor in Nyabakan Timur, Sumenep.

This study used cross-sectional design. Population consisted of 55 mother who had babies. Sample, enrolled using purposive sampling, there are 55 mothers who brought their babies to posyandu. The independent variable was knowledge on immunization, culture, and implementation of children immunization. The dependent variable was the mother's perception to implementation of children immunization. Data were collected using Spearman statistical test with significance level $p < 0.05$.

Results showed that most of the respondent had sufficient knowledge on immunization (45,5 %), not incompatible with culture (87,2 %), and good implementation of children immunization (90,9 %). There was correlation between knowledge ($p=0.04$), culture (0.00), and implementation of children immunization (0.01) with the the mother's perception to implementation of children immunization. In conclusion, higher level of knowledge, culture, and implementation of children immunization will have effect on the mother's perception to implementation of children immunization. As a suggestion, the health care provider should enhance health promotion, and posyandu caders should also take part in providing information on immunization, and the mothers themselves should actively bring their children to posyandu for being immunized.

Keyword: mother's perception and children immunization

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar persetujuan.....	iii
Lembar Panitia Penguji.....	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1. Teoritis.....	6
1.4.2. Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Persepsi.....	7
2.1.1. Pengertian Persepsi.....	7
2.1.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi	8
2.1.3. Prinsip Persepsi.....	10
2.2 Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi.....	11
2.2.1. Pendidikan.....	11
2.2.2. Pengetahuan.....	16
2.2.3. Kebudayaan.....	23
2.3 Konsep Pelayanan Kesehatan.....	30
2.3.1. Pengertian Standar Layanan Kesehatan.....	30
2.3.2. Ketentuan Dalam Pelayanan Kesehatan.....	30
2.3.3. Tiga Bentuk Pelayanan.....	31
2.3.4. Pemanfaatan Pelayanan kesehatan.....	32

2.3.5.	Jenis Organisasi Pelayanan Yang Terkelola.....	33
2.3.6.	Sistem Pelayanan Kesehatan Yang Terpadu.....	33
2.4	Konsep Dasar Imunisasi.....	34
2.4.1.	Pengertian Imunisasi.....	34
2.4.2.	Tujuan Imunisasi.....	34
2.4.3.	Keamanan Imunisasi.....	35
2.4.4.	Macam Kekebalan.....	35
2.4.5.	Faktor Yang Mempengaruhi Kekebalan.....	37
2.4.6.	Jenis Imunisasi.....	38
2.4.7.	Respon Imun.....	38
2.4.8.	Pemberian Imunisasi.....	38
2.5	Konsep Program Imunisasi.....	44
2.5.1.	Program Imunisasi.....	44
2.5.2.	Pengendalian PD3I.....	45
2.5.3.	Pokok-Pokok Kegiatan.....	47
2.5.4.	Pekan Imunisasi Nasional (PIN).....	48
2.5.5	Jadwal Pemberian Imunisasi.....	49
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	50
3.1	Kerangka Konseptual.....	50
3.2	Hipotesis Penelitian.....	51
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN	52
4.1	Desain Penelitian.....	52
4.2	Kerangka Kerja Penelitian.....	53
4.3	Populasi, sampel dan sampling.....	54
4.2.1.	Populasi.....	54
4.2.2.	Sampel.....	54
4.2.3.	Sampling.....	55
4.4	Identifikasi Variabel.....	55
4.3.1.	Variabel Independen.....	55
4.3.2.	Variabel Dependen.....	55
4.5	Definisi Operasional.....	56
4.6	Metode Pengumpulan Data.....	60
4.5.1	Instrumen Penelitian.....	60
4.5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	60
4.5.3	Prosedur Pengumpulan Data.....	60
4.7	Analisis Data.....	61
4.8	Etik Penelitian.....	61
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	63
5.1	Hasil Penelitian.....	63

5.2 Pembahasan.....	71
BAB 6 KESIMPULAN	78
6.1 Kesimpulan.....	78
6.2 Saran.....	78
Daftar Pustaka.....	79
Lampiran.....	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Analisis Faktor Yang berhubungan Dengan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi Pada Anak	50
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Penelitian Analisis Faktor Yang berhubungan Dengan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi Pada Anak	53
Gambar 5.1	Diagram Distribusi Ibu berdasarkan pertolongan Persalinan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009	64
Gambar 5.2	Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009	65
Gambar 5.3	Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Pekerjaan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009	66
Gambar 5.4	Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Tingkat Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009	66
Gambar 5.5	Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Kebudayaan Daerah Tempat Tinggal Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009	67
Gambar 5.6	Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Pelayanan Imunisasi di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009	68
Gambar 5.7	Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009	68

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Jadwal Pemberian Imunisasi PPI pada Bayi.....	49
Tabel 4.1	Definisi Operasional.....	57
Tabel 5.1	Hubungan faktor pengetahuan dengan persepsi ibu di wilayah kerja Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.....	69
Tabel 5.2	Hubungan faktor kebudayaan dengan persepsi ibu di wilayah kerja Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.....	70
Tabel 5.3	Hubungan faktor pelayanan imunisasi dengan persepsi ibu di wilayah kerja Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur...	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat keterangan perizinan penelitian dari Bakesbang.....	82
Lampiran 2 Surat telah melakukan penelitian dari Puskesmas Batang-batang..	83
Lampiran 3 Permohonan Menjadi Responden Penelitian.....	84
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden.....	85
Lampiran 5 Kuesioner.....	86
Lampiran 6 Hasil Penelitian.....	95

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Imunisasi melindungi anak-anak dari banyak penyakit serius, yang tetap terjadi dalam masyarakat dan masih merupakan penyebab penderitaan dan kematian anak-anak yang tidak seharusnya terjadi. Pelaksanaan program imunisasi di Tanah Air yang masih belum optimal akibat minimnya akses penduduk di daerah terpencil (Soedjatmiko, 2008). Keadaan ini diperparah oleh kurangnya kesadaran sebagian masyarakat terhadap pentingnya vaksinasi untuk menurunkan angka infeksi (Soedjatmiko, 2008). Pada masyarakat yang tinggal di daerah terpencil juga mengalami keadaan tersebut, mengingat tidak semua masyarakat mempunyai kesadaran dalam memberikan imunisasi terhadap anak mereka, sehingga dapat mengakibatkan banyak anak yang tertunda bahkan tidak lengkap mendapatkan imunisasi. Untuk mencegah kematian, kesakitan dan cacat pada anak telah dilaksanakan Pengembangan Program Imunisasi (PPI) yang dimulai sejak tahun 1977 dengan vaksinasi BCG, DPT dan TT. Pada tahun 1980 vaksinasi polio masuk dalam kegiatan tersebut dan yang terakhir vaksinasi campak pada tahun 1982. Namun, ironisnya masih banyak masyarakat yang belum mengerti pentingnya imunisasi bahkan ada yang merasa skeptis terhadap program yang sudah mendunia ini (Ismail Fahmi, 2008). Sehingga menyebabkan cakupan pelayanan imunisasi rendah seperti yang terjadi di desa Nyabakan Timur, dimana data dari puskesmas pembantu Nyabakan Timur menunjukkan target pemberian imunisasi 94,4% hanya tercapai 62% - 90% pada tahun 2008. Keadaan

ini mungkin disebabkan oleh beberapa faktor, seperti, faktor pengetahuan, faktor pelayanan kesehatan, dan faktor kebudayaan (Rakmat, 2005). Terdapat juga persepsi keliru dari orang tua anak yang menyebabkan imunisasi tertunda bahkan tidak lengkap. Namun faktor – faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi masih belum dapat dijelaskan.

Dari hasil data yang diperoleh oleh peneliti di puskesmas Batang-Batang pada tahun 2006, diperoleh data pemberian imunisasi dengan target antara 80% - 90% dengan sasaran 474 orang hanya memperoleh pencapaian 35% - 86%, sedangkan data untuk pustu dengan target yang sama sasaran 78 orang hanya memperoleh pencapaian 15% - 79%. Pada tahun 2007 data yang diperoleh dengan target yang sama dengan tahun 2006 sasaran 472 orang memperoleh pencapaian 77% - 92%, sedangkan data untuk pustu sasaran 78 orang pencapaian yang diperoleh 63% - 91%. Data pada tahun 2008 dengan target 94,4% sasaran 471 orang memperoleh pencapaian 78% - 94%, sedangkan data untuk pustu sasaran 55 orang hanya memperoleh pencapaian 32% - 91%. Masih kurangnya minat masyarakat terhadap pemberian imunisasi dapat terlihat dari survey awal yang diperoleh peneliti. Tidak semua pemberian imunisasi yang dilakukan oleh posayandu memperoleh pencapaian yang telah di targetkan. Keadaan ini terlihat pada data di pustu nyabakan timur, walaupun sasaran diturunkan menjadi 55 orang dari tahun sebelumnya yang mentargetkan 70 – 78 orang, masih tetap memperoleh pencapaian yang kurang.

Kebanyakan di daerah terpencil, masyarakat melakukan proses persalinan masih meminta pertolongan dukun, persalinan melau dukun dalam kondisi atau tempat yang tidak higienis sehingga menimbulkan resiko terkena tetanus pada ibu

dan bayi, tetanus adalah pembunuh utama bagi bayi yang baru lahir. Selain itu pada bayi baru lahir terdapat pemberian imunisasi seperti imunisasi hepatitis B. Sehingga memungkinkan bayi yang baru lahir tidak mendapatkan imunisasi hepatitis B. Meskipun seorang anak telah mendapatkan imunisasi sebelumnya, karena kurangnya kesadaran dan pendidikan orang tua yang kurang membuat anak tersebut tertunda bahkan tidak lengkap mendapatkan imunisasi. Keadaan ini juga diperparah oleh media – media yang memberitakan tentang kegagalan dalam pemberian imunisasi yang memberikan dampak buruk bagi seorang anak, seperti penyakit infeksi, menjadi cacat permanen, menderita kekurangan gizi dan bahkan kematian, sehingga menyebabkan kualitas anak menurun. Selain itu pertolongan gawat darurat persalinan masih kurang, disebabkan kurang tanggapnya masyarakat terhadap tenaga kesehatan serta jumlah tenaga kesehatan yang kurang seperti bidan yang hanya satu orang. Seorang anak akan mempunyai tingkat imunitas yang rendah jika pemberian imunisasi tidak lengkap. Keadaan ini akan meningkatkan resiko penyakit infeksi yang berakibat mortalitas serta morbiditas bayi dan anak meningkat.

Pemberian imunisasi pada anak mempunyai tujuan agar anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit tertentu (Aziz Alimul Hidayat, 2005). Sesuai dengan program WHO (2005) dengan pendekatan yang strategis yaitu melindungi lebih banyak orang-orang di dunia, memperkenalkan vaksin dan teknologi baru, menggabungkan imunisasi, intervensi kesehatan, dan pengawasan dalam konteks sistem kesehatan. Diperlukan sosialisasi lebih intensif terhadap petugas kesehatan dan para orang tua bayi. Lebih jauh lagi, persepsi

salah yang muncul di masyarakat harus segera diluruskan sekaligus memupuk kesadaran masyarakat untuk teratur mengimunisasikan bayinya serta penjelasan efek samping dari jenis imunisasi yang diberikan, sehingga masyarakat tidak khawatir terhadap pemberian imunisasi. Selain itu orang tua harus mengetahui mengapa, kapan, dimana dan berapa kali anaknya mendapatkan imunisasi. Untuk diketahui, bayi selama sembilan bulan wajib mendapat imunisasi dasar. Setelah lahir bayi harus segera mendapatkan imunisasi hepatitis B. Bulan kedua diberikan imunisasi BCG dan Polio. Selanjutnya, setiap bulannya hingga bulan keempat, bayi mendapatkan imunisasi DPT-Hepatitis dan Polio. Terakhir, bayi harus mendapatkan imunisasi campak ketika telah berumur sembilan bulan. Sehingga dengan pemberian imunisasi yang teratur pada anak dapat mencegah terjadinya penyakit seperti polio, difteri, pneumonia, tetanus, dan kelainan saraf. Dari uraian di atas peneliti tertarik melakukan penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi PPI pada anak.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada faktor – faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi PPI pada anak di desa Nyabakan Timur ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi PPI pada anak di desa Nyabakan Timur kabupaten Sumenep.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor pengetahuan ibu bayi dan balita tentang imunisasi didesa Nyabakan Timur
2. Mengidentifikasi faktor kebudayaan ibu bayi dan balita tentang imunisasi di daesa Nyabakan Timur.
3. Mengidentifikasi faktor pelayanan kesehatan tentang imunisasi.
4. Mengidentifikasi persepsi ibu tentang pemberian imunisasi.
5. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan dengan persepsi ibu tentang imunisasi.
6. Menganalisis hubungan faktor kebudayaan dengan persepsi ibu tentang imunisasi.
7. Menganalisis hubungan faktor pelayanan kesehatan dengan persepsi ibu tentang imunisasi.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai masukan bagi tempat penelitian dalam menindak lanjuti dari hasil penelitian dan dapat sebagai bahan perencanaan petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan bagi ibu.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Sebagai bahan pertimbangan bagi perawat dalam memberikan pelayanan pemberian imunisasi kepada masyarakat.
2. Meningkatkan pencapaian pemberian imunisasi di masyarakat

3. Memberikan pengetahuan tentang pentingnya pemberian imunisasi terhadap kesehatan anak.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan dibahas tentang konsep persepsi, faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu, konsep dasar pelayanan kesehatan, dan konsep dasar imunisasi.

2.1 Konsep Persepsi

2.1.1 Pengertian Persepsi

Persepsi merupakan suatu proses yang didahului oleh pengindraan. Pengindraan adalah merupakan suatu proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat penerima yaitu alat indera. Namun proses tersebut tidak berhenti di situ saja, pada umumnya stimulus tersebut diteruskan oleh syaraf ke otak sebagai pusat susunan syaraf, dan proses selanjutnya merupakan proses persepsi. Proses pengindraan terjadi setiap saat, yaitu pada waktu individu menerima stimulus yang mengenai dirinya melalui alat indera. Alat indera merupakan penghubung antara individu dengan dunia luarnya (Branca, 1964; Woodworth dan Marquis, 1957 dikutip oleh Walgito 2003). Kanwisher's (2001) dalam Dretske (2006) Uraian persepsi seperti informasi perseptual dari suatu stimulus tanpa asumsi sekitar ya atau tidaknya informasi ini adalah berpengalaman dengan suatu kesadaran.

Jadi stimulus diterima oleh alat indera tersebut menjadi sesuatu yang diindera tersebut menjadi sesuatu yang berarti setelah diorganisasikan (Davidoff, 1981 dikutip oleh Walgito 2003). Disamping itu menurut Moskowitz dan Orgel

(1969) persepsi itu merupakan proses yang *intergrated* dari individu terhadap stimulus yang diterimanya. Dengan demikian dapat dikemukakan bahwa persepsi itu merupakan proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diterima oleh organism atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti, dan merupakan aktivitas yang *intergrated* dalam diri individu (Walgito, 2003).

Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsikan pesan (Desiderato, 1976 dikutip oleh Rakhmat, 2005).

2.1.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi

David Krech dan Richard S. Crutchfield (1977) dalam (Rakmat, 2003) menyebutkan persepsi dipengaruhi oleh faktor fungsional dan faktor struktural. Beberapa faktor fungsional atau faktor yang bersifat personal antara kebutuhan individu, pengalaman, usia, masa lalu, kepribadian, jenis kelamin, dan lain-lain yang bersifat subyektif. Faktor struktural atau faktor dari luar individu antara lain: lingkungan keluarga, hukum-hukum yang berlaku, dan nilai-nilai dalam masyarakat. Jadi, faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi terdiri dari faktor personal (fungsional) dan struktural.

1. Faktor Personal (Fungsional)

Faktor fungsional berasal dari kebutuhan, pengalaman masa lalu dan hal-hal lain yang termasuk apa yang kita sebut sebagai faktor-faktor personal. Yang termasuk persepsi bukan jenis atau bentuk stimuli, tetapi karakteristik orang yang memeberikan respon pada stimuli itu. Disini, Krench dan Crutchfield merumuskan dalil persepsi yang pertama: persepsi bersifat selektif secara

fungsional. Dalil ini berarti bahwa objek yang memenuhi tujuan individu yang melakukan persepsi. Mereka memberikan contoh pengaruh kebutuhan, kesiapan mental, suasana emosi, dan latar belakang budaya terhadap persepsi (Rakhmat, 2005).

1) Pengalaman

Pengalaman yang dimiliki seseorang merupakan faktor yang sangat berperan dalam menginterpretasikan stimulus yang kita peroleh. Pengalaman masa lalu menyebabkan terjadinya perbedaan interpretasi (Notoatmodjo, 2005).

2) Proses belajar atau pendidikan

3) Kebutuhan

Kebutuhan akan menyebabkan stimulus tersebut termasuk dalam rentang perhatian kita dan kebutuhan ini akan menyebabkan kita menginterpretasikan stimulus secara berbeda.

4) Pengetahuan terhadap obyek psikologis.

2. Faktor struktural

Faktor-faktor struktural berasal semata-mata dari sifat stimuli fisik dan efek-efek saraf yang ditimbulkannya pada sistem saraf individu. Para psikolog Gestalt, seperti Kohler, Wartheimer (1959), dan Koffka, merumuskan prinsip-prinsip persepsi yang bersifat struktural. Prinsip-prinsip ini kemudian terkenal dengan teori Gestalt. Menurut teori Gestalt bila kita mempersepsi sesuatu kita mempersepsinya sebagai suatu keseluruhan. Krech dan Crutchfield menyatakan dalil yang ketiga: Sifat-sifat perseptual dan kognitif dari substuktur ditentukan pada umumnya oleh sifat-sifat struktur secara

keseluruhan. Menurut dalil ini, jika individu dianggap sebagai anggota kelompok, semua sifat individu yang berkaitan dengan sifat kelompok akan dipengaruhi oleh keanggotaan kelompoknya, dengan efek yang berupa asimilasi atau kontras (Rakhmat, 2005).

- 1) Lingkungan keadaan sosial
- 2) Nilai dan kebudayaan masyarakat

Seseorang dengan latar belakang budaya yang sama akan menginterpretasikan orang-orang dalam kelompoknya secara berbeda, namun akan mempersepsikan orang-orang di luar kelompoknya sebagai sama saja (Notoatmodjo).

2.1.3 Prinsip Persepsi

Flemming dan levie (1978) dalam Prawiradilaga dan Siregar (2004) menjabarkan lima dasar prinsip persepsi yang meliputi prinsip *relative*, *selective*, *manageable*, *subjective* dan, *var* (Slameto, 2003 dikutip oleh Hadisuyatmana, 2007).

1. Relative

Dalam prinsip ini mengandung makna bahwa persepsi seseorang berbeda tergantung subyek penerima stimulus suatu peristiwa maupun konsep. Persepsi juga tergantung pada pengalaman sebelumnya.

2. Selective

Prinsip *selective* bermakna bahwa seseorang boleh mempersepsikan sesuatu tergantung pilihan, minat, kegunaan, serta kesesuaian bagi seseorang tersebut. Seseorang hanya akan memperhatikan beberapa rangsangan menonjol saja dari sekian banyak rangsangan di sekelilingnya pada saat-saat tertentu,

tergantung pada pengalaman belajarnya, obyek yang menarik perhatiannya, dan kemana persepsi tersebut mempunyai kecenderungan.

3. *Manageable*

Seseorang menerima rangsangan secara tidak, tetapi dalam bentuk kelompok-kelompok. Ketidakteraturan suatu obyek persepsi akan sulit dipersepsikan. Suatu obyek akan dipersepsikan secara baik apabila ia lebih menonjol dibandingkan lingkungannya. Persepsi perlu diatur agar orang lebih mudah mencerna stimulus serta rangsangan lain dari lingkungan.

4. *Subective*

Persepsi seseorang dapat berbeda dengan persepsi orang lain karena pengaruh harapan atau keinginan seseorang penerima stimulus. Harapan serta kesiapan penerima pesan akan menentukan pesan mana yang dipilih untuk diterima, selanjutnya bagaimana pesan terpilih itu ditata dan demikian pula bagaimana pesan tersebut diinterpretasikan.

5. *Vary*

Dalam situasi dan waktu yang sama, persepsi seseorang dapat berbeda, tergantung karakteristik individu, kepribadian, sikap, serta motivasi penerima stimulus lingkungan.

2.2 Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Ibu

2.2.1 Pendidikan

1. Pengertian Pendidikan

Pendidikan secara luas dikenal di masyarakat dalam arti formal yaitu pendidikan yang diterima oleh peserta didik melalui pendidikan. Pendidikan

pada hakekatnya suatu kegiatan yang secara sadar dan disengaja, serta penuh tanggung jawab yang dilakukan oleh orang dewasa kepada anak sehingga timbul interaksi dari keduanya agar anak tersebut mencapai kedewasaan yang dicita-citakan dan berlansung terus menerus (Ahmadi dan Uhbiyati, 2001).

Secara definitif pendidikan diartikan oleh para tokoh pendidikan :

1) Ki Hajar Dewantara

Pendidikan adalah menuntun segala kekuatan kodrat yang ada pada anak-anak agar mereka sebagai manusia dan sebagai anggota masyarakat dapat mencapai keselamatan dan kebahagiaan yang setinggi-tingginya (Ahmadi dan Uhbiyati, 2001)

2) John Dewey

Pendidikan adalah proses pembentukan kecakapan-kecakapan fundamental secara intelektual dan emosional kearah alam dan sesama manusia.

3) Rousseau

Pendidikan adalah memberi kita perbekalan yang tidak ada pada anak-anak, akan tetapi kita membutuhkannya pada waktu dewasa.

4) SA Bratanata

Pendidikan adalah usaha yang sengaja diadakan baik langsung maupun dengan cara yang tidak langsung untuk membantu anak dalam perkembangannya mencapai kedewasaan.

5) Piaget

Pendidikan merupakan penghubung dua sisi, disatu sisi individu yang sedang tumbuh berkembang, dan disisi lain nilai social, intelektual,

dan moral yang menjadi tanggung jawab pendidik untuk mendorong individu tersebut.

6) GBHN

Pendidikan adalah usaha sadar untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

2. Pentingnya Pendidikan

Kata pendidik bagi awam atau pembaca umumnya langsung mengaitkan dengan masalah sekolah dalam arti pertemuan guru dan murid. Sehingga orang tua merasa berkewajiban untuk mendidik anaknya baik secara langsung maupun tidak langsung lewat persekolahan. Pentingnya pendidikan, hal ini dapat disoroti melalui (Ahmadi dan Uhbiyati, 2001):

1) Segi Anak

Anak adalah makhluk yang sedang tumbuh, oleh karena itu pendidikan penting sekali karena mulai sejak bayi belum dapat berbuat sesuatu untuk kepentingan dirinya, baik untuk mempertahankan hidup maupun merawat diri, semua kebutuhan tergantung ibu. Oleh sebab itu anak/bayi manusia memerlukan bantuan tuntunan, pelayanan, dorongan dari orang lain demi mempertahankan hidup dengan mendalami belajar setahap demi setahap untuk memperoleh kepandaian, keterampilan dan pembentukan sikap dan tingkah laku sehingga lambat laun dapat berdiri sendiri yang semuanya itu memerlukan waktu yang cukup lama.

2) Segi Ibu

Pendidikan karena dorongan orangtua yaitu hati nuraninya yang terdalam yang mempunyai sifat kodrati untuk mendidik anaknya baik dalam segi

fisik, social, emosi, maupun inteligensinya agar memperoleh keselamatan, kepandaian agar mendapat kebahagiaan hidup yang mereka idam-idamkan, sehingga ada tanggung jawab moral atas hadirnya anak tersebut yang diberikan oleh Tuhan Yang Maha Esa untuk dapat dipelihara dan dididik dengan sebaik-baiknya.

3. Unsur-Unsur Pendidikan

Unsur-unsur yang ada dalam pendidikan ialah (Ahmadi dan Uhbiyati, 2001):

1) Komunikasi

Hal ini diartikan adanya interaksi hubungan timbal balik dari anak dengan orang tua atau pendidik atau dari orang yang belum dewasa kepada orang yang sudah dewasa dan sebaliknya.

2) Kesenjangan

Komunikasi yang terjadi itu merupakan suatu proses kesenjangan perbuatan yang disadari oleh orang dewasa demi anak.

3) Kewibawaan

Wibawa timbul dengan sendirinya, tidak dibuat-buat, sebab kewibawaan itu sesuatu kelebihan yang ada dalam diri orang dewasa tadi sehingga anak merasa dilindungi, percaya, dibimbing, dan menerimanya dengan sukarela. Keempatnya ini member pengaruh ke hal-hal yang positif bagi anak tersebut.

4) Normatif

Yaitu adanya komunikasi tadi dibatasi adanya ketentuan suatu norma baik norma adat, agama, hukum, sosial, dan norma pendidikan formal.

4. Jenis Pendidikan

Berbagai jenis pendidikan itu dapat dibeda-bedakan atau digolong-golongkan (Ahmadi dan Uhbiyati, 2001):

1) Menurut tingkat dan sistem persekolahan

Setiap Negara memiliki sistem persekolahan yang berbeda-beda, baik mengenai tingkat maupun jenis sekolah. Pada saat ini jenis dan tingkat persekolahaan di Negara kita dari Pra sekolah sampai Perguruan Tinggi.

a. Sekolah Dasar Umum dan Sekolah Luar Biasa

b. Tingkat Sekolah Menengah Pertama. Dibedakan menjadi SMP Umum dan SMP Kejuruan

c. Tingkat Sekolah Menengah Atas. Dibedakan menjadi SMA Umum dan SMA Kejuruan (STM, SPG, SMEA)

d. Tingkat Perguruan Tinggi. Dibedakan menjadi jalur gelar (S-1, S-2, dan S-3) dan non gelar (SO: D-1, D-2, D-3).

2) Menurut tempat berlangsungnya

Menurut Ki Hajar Dewantara pendidikan menurut tempatnya dibedakan menjadi 3 (tiga) dan disebut tripusat pendidikan, yaitu: pendidikan di dalam keluarga, sekolah, dan masyarakat.

3) Menurut Cara Berlangsungnya

Pendidikan Fungsional yaitu pendidikan yang berlangsung secara naluriah tanpa rencana dan tujuan tetapi berlangsung begitu saja. Pendidikan intensional adalah lawan dari pendidikan fungsional yaitu program dan tujuan sudah direncanakan.

4) Menurut sifatnya Pendidikan dibedakan menjadi:

- (1) Pendidikan informal, yaitu pendidikan yang diperoleh seseorang dari pengalaman sehari-hari dengan sadar atau tidak sadar sepanjang hayat. Pendidikan ini dapat berlangsung dalam keluarga dalam pergaulan sehari-hari maupun dalam pekerjaan, masyarakat, keluarga, organisasi.
- (2) Pendidikan formal yaitu pendidikan yang berlangsung secara teratur, bertingkat dan mengikuti syarat-syarat tertentu secara ketat. Pendidikan ini berlangsung di sekolah.
- (3) Pendidikan non formal yaitu pendidikan yang dilaksanakan secara tertentu dan sadar tetapi tidak terlalu mengikuti peraturan yang ketat.

5. Tujuan pendidikan

Tujuan pendidikan (John Dewey, 1985 dikutip oleh Sagala, 2000) adalah proses pendidikan itu sendiri. Pendidikan nasional berfungsi mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa, bertujuan untuk berkembangnya potensi peserta didik agar menjadi manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia, sehat, berilmu, cakap, kreatif, mandiri, dan menjadi warga negara yang demokratis serta bertanggung jawab (Pasal 3 UUSPN No. 20 Tahun 2003).

2.2.2 Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca indra yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*Belief*),

takhayul (*Superstition*) dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*) (Soekamto, 2001 dikutip oleh Dian, 2005). Tidak semua pengetahuan merupakan suatu ilmu, hanya pengetahuan yang tersusun secara sistematis saja yang merupakan ilmu pengetahuan.

Pengetahuan berasal dari kata “tahu” adalah hasil perenungan individu, atau dengan kata lain bahwa sesungguhnya, pengetahuan itu hanya produk dari sesuatu kegiatan yang dilakukan oleh manusia. Menurut Soeparto (2001) dikutip oleh Dian (2005) pengetahuan adalah hasil tahu manusia yang sekedar menjawab pertanyaan “what”. Sedangkan menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata (penglihatan) dan telinga (pendengaran). Pengetahuan juga dapat diperoleh dari pendidikan, pengalaman orang lain, media masa maupun lingkungan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan sikap dan perilaku setiap hari sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulus terhadap tindakan seseorang.

2. Pola Pengetahuan

- 1) Tahu bahwa yaitu pengetahuan tentang informasi tertentu; tahu bahwa sesuatu terjadi.

- 2) Tahu bagaimana yaitu dimana pengetahuan jenis ini menyangkut bagaimana melakukan sesuatu, berkaitan dengan ketrampilan/ lebih tepat keahlian dan kemahiran teknis.
- 3) Tahu akan merupakan pengetahuan yang sangat spesifik menyangkut pengalaman/ pengenalan pribadi secara langsung dengan obyeknya.
- 4) Tahu mengapa/ bagaimana ialah jenis pengetahuan yang lebih mendalam, sebab tidak hanya puas dengan informasi yang ada dan jenis ini merupakan pengetahuan yang paling tinggi dan mendalam serta sekaligus dapat dikatakan pengetahuan ilmiah.

3. Macam Pengetahuan

Pengetahuan dilihat dari macamnya dapat dibagi menjadi 4 (empat) yang meliputi:

- 1) Sekedar tahu, pada tingkat ini hubungan pengetahuan tersebut mula-mula hanya sekedar tahu, namun sampai mengetahui bagaimana membantu seseorang.
- 2) Betul-betul tahu, sesuatu yang diketahui betul-betul nyata harus didukung dengan fakta dan tidak hanya berdasarkan informasi.
- 3) Tahu bagaimana dan tahu akan, yaitu seseorang mengetahui sesuatu secara pribadi, semakin tahu bagaimana cara ia bertindak.
- 4) Tahu mengapa, pada tingkat ini sudah diakumulasi dari hubungan ketiga pengetahuan tersebut yang mana mempunyai pengalaman pribadi untuk mengatakan hal itu benar.

4. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Slameto (2003) dikutip oleh Dian (2005) mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang di antaranya:

1) Faktor Internal

- (1) Kesehatan, sehat berarti dalam keadaan baik segenap badan beserta bagiannya bebas dari penyakit. Intelegensi, sangat besar pengaruhnya terhadap pengetahuan dimana orang yang mempunyai tingkat intelegensi tinggi akan lebih berhasil daripada mempunyai intelegensi rendah.
- (2) Perhatian, yaitu kreativitas jiwa yang dipertinggi seperti jiwa itupun semata-mata tertuju pada suatu obyek.
- (3) Minat, adalah kecenderungan yang akan tetap untuk memperhatikan dan mengingat berbagai kegiatan. Kegiatan yang diminati seseorang akan diperhatikan terus-menerus yang disertai dengan rasa senang.
- (4) Bakat, merupakan kemampuan untuk belajar dimana kemampuan ini baru akan terealisasikan menjadi kecakapan yang nyata sesudah belajar atau berlatih.

2) Faktor Eksternal

- (1) Faktor keluarga, dimana sangat menentukan tingkat pendidikan karena keluarga adalah lembaga pendidikan yang pertama dan utama.
- (2) Metode pembelajaran, sebab merupakan suatu proses yang harus dilalui di dalam mendapatkan pengetahuan. Untuk menghindari pelaksanaan cara belajar yang salah perlu suatu pembinaan dengan belajar yang tepat akan didapatkan hasil belajar yang efektif.

- (3) Faktor masyarakat, merupakan faktor eksternal yang berpengaruh pada pengetahuan seseorang, pengetahuan ini terjadi karena keberadaannya dalam masyarakat. Bentuk kegiatan dalam masyarakat akan berhubungan dengan media massa, teman bergaul dan bentuk kehidupan masyarakat.

Selain pendapat di atas beberapa faktor yang ikut mempengaruhi pengetahuan Keraf (1992) dikutip oleh Notoatmodjo (2003), diantaranya:

- (1) Pendidikan

Merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan mempengaruhi proses belajar, menurut Dian (2005) mengutip dari I. B. Mantra bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media massa. semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan tentang kesehatan.

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan dengan pendidikan tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan bukan berarti seseorang berpendidikan rendah mutlak pengetahuannya rendah pula. Karena peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi di pendidikan non formal juga dapat diperoleh. Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung

dua aspek yaitu aspek positif dan negative. Kedua aspek inilah yang pada akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dan obyek yang diketahui maka menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut

(2) Pengalaman

Menurut Notoatmodjo (2003) mengutip dari Jones, pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan ketrampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah dari bidang keperawatan.

(3) Kesehatan, terutama panca indra.

(4) Media massa.

5. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2003):

1) Tahu (*know*)

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang telah dipelajari atau rangsang yang telah diterima. Karena itu tahu dikatakan sebagai tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur seseorang mengetahui tentang apa yang dipelajari antara lain bila ia menyebutkan, mengutarakan, mendefinisikan dan menyatakan sesuatu.

2) Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap suatu obyek atau materi harus bisa menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan tentang obyek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*aplication*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang sebenarnya atau sesuai kemampuan untuk menggunakan metode, rumus dan prinsip-prinsip tertentu dalam situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dalam menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan membuat diagram/ bagan terhadap pengetahuan atas obyek tersebut.

5) Sintesis (*synthesis*)

Menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada seperti bisa menyusun, bisa merencanakan dan bisa menyesuaikan suatu teori dengan yang sudah ada.

6) Evaluasi (*evaluasi*)

Yakni kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek berdasarkan kriteria yang telah ada. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

Dari penjabaran di atas dapat diambil suatu pengertian bahwa pengetahuan adalah suatu proses mulai dari mengingat, memahami dan selanjutnya menggunakan, menjabarkan serta meletakkan atau menghubungkan dan menilai suatu obyek.

2.2.3 Kebudayaan

1. Pengertian Kebudayaan

Kebudayaan, *cultuur* dalam bahasa Belanda dan *culture* dalam bahasa Inggris, berasal dari bahasa Latin “*colore*” yang berarti mengolah, mengerjakan, menyuburkan dan mengembangkan. Dari pengertian budaya dalam segi demikian berkembanglah arti *culture* sebagai “segala daya dan aktivitas manusia untuk mengolah dan mengubah alam”. Untuk membedakan pengertian istilah budaya dan kebudayaan, Djoko Widaghdho (1994) dikutip oleh Gumilar (2004), memberikan pembedaan pengertian budaya dan kebudayaan, dengan mengartikan budaya sebagai daya dari budi yang berupa cipta, rasa dan karsa, sedangkan kebudayaan diartikan sebagai hasil dari cipta, karsa, dan rasa tersebut (Gumilar, 2004). Kebudayaan adalah kompleks yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat-istiadat dan lain kemampuan-kemampuan serta kebiasaan-kebiasaan yang didapatkan oleh manusia sebagai anggota masyarakat (Taylor, 1871 dikutip oleh

Gumilar, 2004). Kebudayaan sebagai semua hasil karya, rasa, dan cipta masyarakat. Karya masyarakat menghasilkan teknologi dan kebudayaan kebendaan atau kebudayaan jasmaniah (material culture) yang diperlukan oleh manusia untuk menguasai alam sekitarnya, agar kekuatan serta hasilnya dapat diabadikan untuk keperluan masyarakat (Soemarjan dan Soemardi).

2. Unsur-Unsur Kebudayaan

1) Menurut Meilville J. Herskovits

- alat-alat teknologi
- sistem ekonomi
- keluarga
- kekuasaan politik

2) Menurut Bronislaw Malinowski

- Sistem norma yang memungkinkan kerjasama antara para anggota masyarakat di dalam upaya menguasai alam sekelilingnya.
- Organisasi ekonomi.
- Alat-alat dan lembaga atau petugas pendidikan; perlu diingat bahwa keluarga merupakan lembaga pendidikan yang utama.
- Organisasi kekuatan.

3) Menurut Taylor

- Sistem religi
- Sistem dan organisasi masyarakat
- Sistem pengetahuan
- Bahasa
- Kesenian

- Mata pencaharian
- Teknologi dan peralatan

3. Fungsi Kebudayaan Bagi Masyarakat

Kebudayaan berguna bagi manusia yaitu untuk melindungi diri terhadap alam, mengatur hubungan antar manusia dan sebagai wadah dari segenap perasaan manusia. Hasil karya masyarakat melahirkan teknologi atau kebudayaan kebendaan. Yang mempunyai kegunaan utama di dalam melindungi masyarakat terhadap lingkungan dalamnya. Teknologi hakikatnya meliputi paling sedikit tujuh unsur, yaitu :

- 1) alat-alat produktif
- 2) senjata
- 3) wadah
- 4) makanan dan minuman
- 5) pakaian dan perhiasan
- 6) tempat berlindung dan perumahan
- 7) alat-alat transport

4. Sifat Hakekat Budaya

- 1) Kebudayaan terwujud dan tersalurkan dari perilaku manusia.
- 2) Kebudayaan telah ada lebih dahulu mendahului lahirnya suatu generasi tertentu, dan tidak akan mati dengan habisnya usia generasi yang bersangkutan.
- 3) Kebudayaan diperlukan oleh manusia dan diwujudkan dalam tingkah lakunya.

4) Kebudayaan mencakup aturan-aturan yang berisikan kewajiban, tindakan-tindakan yang diterima dan ditolak, tindakan-tindakan yang dilarang dan tindakan-tindakan yang diizinkan.

5) Masalah Budaya Dalam Perawatan Anak

Perhatian khusus terhadap masalah ini diperlukan bila kita sedang menghadapi penderita dan keluarga dari kelompok bangsa minoritas karena “jarak budaya” antara penderita dan dokter bertambah, peluang untuk salah faham dan kerugian bertambah juga. Kesalahpahaman ini lebih besar dari hanya soal bahasa; dapat juga termasuk yang amat pokok bagaimana seorang merasakan dan menentukan sehat dan sakit. Perawatan kesehatan yang secara budaya sensitif mengakui dan menghormati bahwa sehat sakit sebagian besar di bentuk oleh variabel seperti nilai bangsa, orientasi, dan sikap budaya, kepercayaan agama, dan pertimbangan bahasa dan bahwa arti sakit yang dibentuk secara budaya merupakan suatu masalah klinik yang penting.

Diperlukan tiga langkah untuk memberikan perawatan kesehatan secara budaya sensitive. Pertama, dokter spesialis anak perlu menyadari kepercayaan budaya yang sering dipertahankan dan gaya yang secara budaya normal saling mempengaruhi pada populasi penderita. Selanjutnya dokter perlu menilai pengaruh kepercayaan dan perilaku ini pada penderita atau keluarga tertentu. Akhirnya dokter harus mencoba tawar-menawar antara kepercayaan dan praktek-praktek budaya bangsa penderita dan budaya kedokteran hayati untuk keuntungan anak.

5. Aspek Sosial Budaya Yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan Dan Status Kesehatan.

1) Aspek sosial yang mempengaruhi status kesehatan dan perilaku kesehatan

- (1) umur
- (2) jenis kelamin
- (3) pekerjaan
- (4) sosial ekonomi

Menurut H. Ray Elling (1970) ada beberapa faktor sosial yang berpengaruh pada perilaku kesehatan yaitu self concept dan image kelompok. Disamping itu, G.M Foster (1973) menambahkan, bahwa identifikasi individu kepada kelompoknya juga berpengaruh terhadap perilaku kesehatan.

2) Aspek budaya yang mempengaruhi status kesehatan dan perilaku kesehatan

- (1) tradisi
- (2) sikap fatalism
- (3) nilai
- (4) ethnocentrism
- (5) unsur budaya

6. Perubahan Sosial Budaya

Seorang pendidik kesehatan bertugas mengubah perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan kesehatan, kearah perilaku sehat. Pandangan yang menyatakan bahwa masyarakat desa yang berada di luar kesibukan kota selalu statis, adalah tidak benar. Koentjaraningrat (1996) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005), menjelaskan bahwa perubahan sosial budaya yang

terjadi di masyarakat dapat dibedakan ke dalam beberapa bentuk yaitu perubahan secara lambat dan cepat, perubahan-perubahan yang pengaruhnya kecil dan perubahan yang besar pengaruhnya, serta perubahan yang direncanakan dan tidak direncanakan. Menurut G.M. Foster (1973) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2005), untuk mempelajari dinamika dari proses perubahan dari sudut individu, maka perlu sekali mengetahui kondisi dasar dari individu agar mau mengubah tingkah lakunya, yaitu:

- 1) Individu harus menyadari adanya kebutuhan untuk berubah
- 2) Harus mendapat informasi bagaimana kebutuhan itu dapat dipenuhi
- 3) Mengetahui bentuk pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhannya dan biayanya.
- 4) Tidak mendapat sanksi yang negatif terhadap individu yang akan menerima inovasi.

7. Kekhasan Budaya Madura

Masyarakat Madura dikenal memiliki budaya yang khas, unik, stereotipikal, dan stigmatik. Penggunaan istilah “ khas “ menunjuk pada pengertian bahwa entitas etnik Madura memiliki kekhususan-kultural yang tidak serupa dengan etnografi komunitas etnik lain (Hasan Alwi, 2001: 563). Kekhususan kultural itu tampak antara lain pada ketaatan, ketundukan, dan kepasrahan mereka secara hierarkis kepada empat figur utama dalam berkehidupan, lebih-lebih dalam praksis keberagamaan. Keempat figur itu adalah *Buppa*, *Babbu*, *Guru*, dan *Rato* (Ayah, Ibu, Guru, dan Pemimpin pemerintahan). Kepada figur-figur utama itulah kepatuhan hierarkis orang-orang Madura menampakkan wujudnya dalam kehidupan sosial budaya mereka (Wiyata, 2003).

Kepatuhan orang-orang Madura kepada figur guru berposisi pada level-hierarkis selanjutnya. Penggunaan dan penyebutan istilah guru menunjuk dan menekankan pada pengertian Kiai-pengasuh pondok pesantren atau sekurang-kurangnya Ustadz pada “sekolah-sekolah” keagamaan. Peran dan fungsi guru lebih ditekankan pada konteks moralitas yang dipertalikan dengan kehidupan eskatologis terutama dalam aspek ketenteraman dan penyelamatan diri dari beban atau derita di alam kehidupan akhirat (*morality and sacred world*). Oleh karena itu, ketaatan orang-orang Madura kepada figur guru menjadi penanda khas budaya mereka yang mungkin tidak perlu diragukan lagi keabsahannya.

8. Persepsi Budaya Dan Dampak Kesehatannya

Masalah kematian maupun kesakitan pada ibu dan anak sesungguhnya tidak terlepas dari faktor-faktor sosial budaya dan lingkungan di dalam masyarakat dimana mereka berada. Disadari atau tidak, faktor-faktor kepercayaan dan pengetahuan budaya seperti konsepsi-konsepsi mengenai berbagai pantangan, hubungan sebab-akibat antara makanan dan kondisi sehat-sakit, kebiasaan dan ketidaktahuan, seringkali membawa dampak baik positif maupun negatif terhadap kesehatan ibu dan anak. Pola makan, misalnya, pada dasarnya adalah merupakan salah satu selera manusia dimana peran kebudayaan cukup besar. Hal ini terlihat bahwa setiap daerah mempunyai pola makan tertentu, termasuk pola makan ibu hamil dan anak yang disertai dengan kepercayaan akan pantangan, tabu, dan anjuran terhadap beberapa makanan tertentu (Linda, 2004).

2.3 Konsep Pelayanan Kesehatan

2.3.1 Pengertian Standar Layanan Kesehatan

Standar layanan kesehatan merupakan bagian dari layanan kesehatan itu sendiri dan memainkan peranan penting dalam mengatasi masalah mutu layanan kesehatan. Secara luas, pengertian standar layanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses, dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan (Pohan, 2006). Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat merupakan sub sistem pelayanan kesehatan, yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Meskipun demikian, tidak berarti bahwa pelayanan kesehatan masyarakat tidak melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan) (Notoatmodjo, 2003).

2.3.2 Ketentuan Dalam Pelayanan Kesehatan

1. Penanggung jawab

Suatu sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus ada penanggung jawab baik oleh pemerintahan maupun oleh swasta. Namun demikian di Indonesia pemerintah (dalam hal ini Departemen Kesehatan) merupakan tanggung jawab yang paling tinggi. Artinya pengawasan, standard pelayanan, dan sebagainya bagi pelayanan kesehatan masyarakat baik pemerintah (Puskesmas), maupun swasta (Balkenas) adalah di bawah koordinasi Departemen Kesehatan.

2. Standar Pelayanan

Di Indonesia standar ini telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan, dengan adanya “Buku Pedoman Puskesmas”.

3. Hubungan Kerja

Sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus mempunyai pembagian kerja yang jelas antara bagian satu dengan yang lain. Artinya fasilitas kesehatan tersebut harus mempunyai struktur organisasi yang jelas yang menggambarkan hubungan kerja baik horizontal maupun vertikal.

4. Pengorganisasian Potensi Masyarakat

Upaya ini penting, karena adanya keterbatasan sumber-sumber daya dari penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat perlu keikutsertaan masyarakat ini.

2.3.3 Tiga Bentuk Pelayanan

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*)

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh karena jumlah kelompok ini di dalam suatu populasi sangat besar (lebih kurang 85%), pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (*basic health service*), atau juga merupakan pelayanan kesehatan primer atau utama (*primary health care*). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan baleskesmas.

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*)

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan nginap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah Sakit tipe C dan D, dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health service*)

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks, dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis. Contoh di Indonesia rumah sakit tipe A dan B.

2.3.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut Supriyanto (2005), pemanfaatan atau utilisasi adalah suatu pelayanan yang telah diterima pada tempat atau pemberi pelayanan kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat di suatu daerah berbeda-beda tergantung pada ciri-ciri atau sifat-sifat sosial suatu daerah. Keadaan sosial ekonomi negara atau masyarakat, tingkat pendidikan dan tradisi atau sifat kultural suatu masyarakat.

Utilisasi terhadap pelayanan kesehatan berkaitan dengan kebutuhan (*need*) dan permintaan (*demand*) masyarakat akan pelayanan kesehatan. Pada utilisasi ada dua kemungkinan, pertama permintaan dan harapan pelanggan bias terpenuhi, keadaan ini disebut *satisfied demand*. Keadaan kedua, pelanggan tidak mendapatkan seperti yang diminta dan diharapkan disebut *unsatisfied demand*. Misalnya mereka yang berobat ke pelayanan kesehatan atau Puskesmas, tetapi

karena ada kendala ekonomi atau jarak, akhirnya berobat secara tradisional (Supriyanto, 2005).

2.3.5 Jenis-Jenis Organisasi Pelayanan Kesehatan Yang Terkelola.

Industri sistem usaha layanan kesehatan yang terkelola telah mengembangkan sejumlah besar singkatan untuk menggambarkan organisasi tersebut. Organisasi tersebut yaitu:

1. Organisasi Pemelihara Kesehatan (HMO)

HMO adalah sistem pelayanan kesehatan yang terorganisir yang bertanggung jawab untuk pembiayaan maupun pemberian sejumlah besar layanan kesehatan kepada sejumlah penduduk yang mendaftarkan diri menjadi pesertanya.

2. Organisasi Penyedia Yang Teripilih (PPO)

PPO adalah badan usaha yang mengadakan kontrak dengan pemilik usaha tunjangan kesehatan dan asuransi kesehatan untuk membeli layanan kesehatan bagi anggota-anggota yang ditunjangnya dari sekelompok terpilih dari para penyedia yang berpartisipasi.

3. Organisasi Penyedia Eksklusif (EPO)

Organisasi penyedia eksklusif (EPO) mirip dengan PPO dalam organisasi dan tujuan mereka. Tetapi, tidak seperti PPO, EPO membatasi peserta yang ditunjangnya untuk hanya menggunakan penyedia yang berpartisipasi untuk semua jenis layanan kesehatan.

2.3.6 Sistem Pelayanan Kesehatan Yang Terpadu

Konsep dari sistem pelayanan yang terpadu bukanlah hal yang baru, sistem-sistem yang terpadu secara garis besar dapat digolongkan menjadi tiga kelompok.

1. Sistem-sistem yang hanya memadukan dokter-dokternya.
2. Sistem yang memadukan dokter dengan fasilitas/sarana medis (rumah sakit dan tempat-tempat layanan kesehatan tambahan lain).
3. Sistem-sistem yang memasukkan sistem asuransi.

2.4 Konsep Dasar Imunisasi

2.4.1 Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen, sehingga bila kelak ia terpajan pada antigen yang serupa tidak terjadi penyakit (Satgas IDAI, 2005).

Imunisasi merupakan usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukan vaksin kedalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu (Aziz, 2005).

2.4.2 Tujuan Imunisasi

1. Tujuan

Tujuannya adalah memberikan “infeksi ringan” yang tidak berbahaya namun cukup untuk menyiapkan respon imun sehingga apabila terjangkit yang sesungguhnya di kemudian hari anak tidak menjadi sakit karena tubuh dengan cepat membentuk antibodi dan mematikan antigen/ penyakit yang masuk tersebut. Selain itu untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, dan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia seperti pada imunisasi cacar (Satgas IDAI, 2005). Sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Notoatmodjo, 2003).

2. Sasaran

- 1) Bayi di bawah umur 1 tahun (0-11 bulan)
- 2) Ibu hamil (awal kehamilan – 8 bulan)
- 3) Wanita usia subur (calon mempelai wanita)
- 4) Anak sekolah dasar kelas I dan VI

2.4.3 Keamanan Imunisasi

Terdiri dari 2 faktor (Hay, 2007), yaitu:

1. Faktor vaksin

Standar keselamatan untuk semua vaksin diizinkan untuk digunakan di Amerika Serikat yang di bentuk oleh FDA dan melibatkan pengujian reguler teknik pabrikasi seperti juga produksi vaksin yang lain. Tidak ada pencemaran dari bakteri atau virus yang mengkontaminasi vaksin pada tingkat pabrik yang dilaporkan amerika serikat dalam dekade ini.

2. Faktor *host*

- 1) Kesehatan anak
- 2) Anak dengan penyakit kronis
- 3) Immunodifisiensi anak
- 4) Alergi atau hipersensitif pada anak
- 5) Keadaan anak yang baik

2.4.4 Macam Kekebalan

Kekebalan terhadap penyakit, menular dapat digolongkan menjadi 2 (Notoatmodjo, 2003), yakni:

1. Kekebalan tidak spesifik (*non specific resistance*)

Yang dimaksud dengan faktor-faktor non khusus adalah pertahanan tubuh pada manusia secara alamiah dapat melindungi badan dari suatu penyakit, misalnya, kilit, air mata, cairan-cairan khusus yang keluar dari perut (usus), adanya reflek-reflek tertentu misalnya batuk dan bersin dan sebagainya.

2. Kekebalan spesifik (*specific resistance*)

Kekebalan spesifik dapat diperoleh dari dua sumber yakni:

1) Genetik

Kekebalan yang berasal dari sumber genetik ini biasanya berhubungan dengan ras (warna kulit dan kelompok-kelompok etnis, misalnya orang hitam (negro)) cenderung lebih resisten terhadap penyakit malaria jenis vivax. Contoh lain orang yang mempunyai hemoglobin S lebih resisten terhadap penyakit plasmodium Falciparum, daripada orang yang mempunyai hemoglobin AA.

2) Kekebalan yang diperoleh (*acquired immunity*)

Kekebalan ini diperoleh dari luar tubuh anak atau orang yang bersangkutan. Kekebalan dapat bersifat aktif, dan dapat bersifat pasif. Kekebalan aktif dapat diperoleh setelah orang sembuh dari penyakit tertentu. Misalnya anak yang telah sembuh dari penyakit campak ia akan kebal terhadap penyakit campak. Kekebalan aktif juga dapat diperoleh melalui imunisasi, yang berarti ke dalam tubuhnya dimasukkan organism pathogen (bibit) penyakit. Kekebalan pasif diperoleh dari ibunya melalui plasenta. Ibu yang telah memperoleh kekebalan terhadap penyakit tertentu, misalnya campak, malaria, dan tetanus, maka anaknya (bayi) akan memperoleh kekebalan terhadap penyakit tersebut untuk beberapa bulan

pertama. Kekebalan pasif juga dapat diperoleh melalui serum antibodi dari manusia atau binatang. Kekebalan pasif ini hanya bersifat sementara (dalam waktu pendek saja).

2.4.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kekebalan

Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi kekebalan (Notoatmodjo, 2005), antara lain:

1. Umur

Untuk beberapa penyakit tertentu pada bayi (anak balita), dan orang tua lebih mudah terserang. Dengan kata lain orang pada usia sangat muda atau usia tua rentan, kurang kebal terhadap penyakit-penyakit menular tertentu. Hal ini mungkin disebabkan karena kedua kelompok umur tersebut daya tahan tubuhnya rendah.

2. Sex

Untuk penyakit-penyakit menular tertentu seperti polio dan diphtheria lebih parah terjadi pada wanita daripada pria.

3. Kehamilan

Wanita yang sedang hamil pada umumnya lebih rentan terhadap penyakit-penyakit menular tertentu misalnya penyakit polio, pneumonia, malaria serta amubiasis. Sebaliknya untuk penyakit typhoid dan meningitis jarang terjadi pada wanita hamil.

4. Gizi

Gizi yang baik pada umumnya akan meningkatkan resistensi tubuh terhadap penyakit-penyakit infeksi, tetapi sebaliknya kekurangan gizi berakibat kerentanan seseorang terhadap penyakit infeksi.

5. Trauma

Stress salah satu bentuk trauma dalam merupakan penyebab kerentanan seseorang terhadap suatu penyakit infeksi tertentu.

2.4.6 Jenis Imunisasi

Pada dasarnya ada 2 (dua) jenis imunisasi (Notoatmodjo, 2005)

1. Imunisasi pasif (*passive immunization*)

Imunisasi pasif ini adalah "*Immunoglobulin*" jenis imunisasi ini dapat mencegah penyakit campak (measles pada anak-anak).

2. Imunisasi aktif (*active immunization*)

Imunisasi yang diberikan pada anak, adalah:

- 1) BCG, untuk mencegah penyakit TBC
- 2) DPT, untuk mencegah penyakit-penyakit diptheri, pertusis dan tetanus
- 3) Polio, untuk mencegah penyakit poliomyelitis.
- 4) Campak, untuk mencegah penyakit campak (measles)

Imunisasi pada ibu hamil dan calon pengantin adalah imunisasi tetanus toxoid. Imunisasi ini untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang dilahirkan.

2.4.7 Respon Imun

Respon imun adalah respon tubuh berupa suatu urutan kejadian yang kompleks terhadap antigen, untuk mengeliminasi antigen tersebut. Dikenal 2 macam pertahanan tubuh yaitu :

1. Mekanisme pertahanan nonspesifik disebut juga komponen nonadaptif atau innate artinya tidak ditujukan hanya untuk satu macam antigen, tetapi untuk berbagai macam antigen.

2. Mekanisme pertahanan tubuh spesifik atau komponen adaptif ditujukan khusus terhadap satu jenis antigen, terbentuknya antibodi lebih cepat dan lebih banyak pada pemberian antigen berikutnya; hal ini disebabkan telah terbentuknya sel memori pada pengenalan antigen pertama kali.

Mekanisme pertahanan tubuh spesifik terdiri atas imunitas selular dan imunitas humoral. Imunitas humoral akan menghasilkan antibodi bila dirangsang oleh antigen. Semua antibodi adalah protein dengan struktur yang sama yang disebut imonoglobulin (Ig) yang dapat dipindahkan secara pasif kepada individu yang lain dengan cara penyuntikan serum. Berbeda dengan imunitas selular hanya dapat dipindahkan melalui sel contohnya pada reaksi penolakan organ transplantasi oleh sel limfosit dan pada *graft versus host-disease*.

2.4.8 Pemberian imunisasi

Jenis atau macam vaksin yang wajib bagi anak, antara lain:

1. Imuniasi BCG
 - 1) Pengertian

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit TBC yang berat sebab terjadinya penyakit TBC yang primer atau yang ringan dapat terjadi walaupun sudah dilakukan imunisasi BCG, pencegahan imunisasi BCG untuk TBC yang berat seperti TBC pada selaput otak, TBC miliar (pada seluruh lapangan paru) atau TBC tulang. Penyebabnya adalah bakteri bacillus calmette guerrin. Kandungan dari vaksin BCG ialah bakteri bacillus calmette-guerrin yang dilemahkan (Cristhoper dan Israr, 2009).

2) Jadwal Pemberian Imunisasi

Frekuensi pemberian imunisasi adalah satu kali dan waktu pemberian imunisasi BCG pada umur sebelum 2 bulan. Pada dasarnya, untuk mencapai cakupan yang lebih luas, pedoman Depkes perihal imunisasi BCG pada umur antara 0-12 bulan, tetap disetujui. Apabila BCG diberikan pada umur lebih dari 3 bulan, sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu.

3) Cara Pemberian Imunisasi

Dosis untuk bayi kurang dari 1 tahun adalah 0,05 ml dan untuk anak 0,10 ml, diberikan secara intrakutan di daerah insersio *M.deltoideus* kanan.

4) Reaksi KIPI

Penyuntikan BCG secara intradermal yang benar akan menimbulkan ulkus local yang superficial 3 minggu setelah penyuntikan. Ulkus yang biasanya tertutup krusta akan sembuh dalam 2-3 bulan dan meninggalkan parut bulat dengan diameter 4-8 mm. Apabila dosis terlalu tinggi maka ulkus yang timbul lebih besar, namun apabila penyuntikan terlalu dalam maka parut yang terjadi tertarik ke dalam (*retracted*). Selain itu juga dapat terjadi limfadenitis regional dan reaksi panas.

5) Kontra Indikasi

Imunisasi BCG tidak boleh diberikan jika reaksi tuberkulin > 5 mm, anak menderita gizi buruk, sedang menderita demam tinggi, menderita infeksi kulit yang luas, pernah sakit tuberkulosis, kehamilan, serta sedang menderita infeksi HIV atau dengan resiko tinggi infeksi HIV, imunokompromais akibat pengobatan kortikosteroid, obat immunosupresif,

mendapat pengobatan radiasi, penyakit keganasan yang mengenai sumsum tulang atau sistem limfe.

2. Imunisasi Hepatitis B

1) Pengertian

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya infeksi hati atau kanker hati yang mematikan (Cristhoper dan Israr, 2009), yang kandungannya adalah HbsAg dalam bentuk cair.

2) Jadwal Pemberian Imunisasi

Program imunisasi hepatitis B segera setelah bayi lahir mengingat vaksinasi ini merupakan upaya yang sangat efektif untuk memutuskan tali rantai transmisi maternal dari ibu kepada bayinya. Frekuensi pemberian imunisasi hepatitis B tiga kali yaitu pada 0, 1, dan 6 bulan karena respons antibodinya paling optimal.

3) Cara Pemberian Imunisasi

Dosis yang diberikan 0,5 ml melalui intramuscular.

3. Imunisasi DPT

1) Pengertian

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit difteri (infeksi tenggorokan), pertusis (batuk rejan), dan tetanus (kaku rahang) (Cristhoper dan Israr, 2009).

2) Jadwal Pemberian Imunisasi

Pemberian imunisasi DPT antara umur 2-11 bulan dengan interval 4-6 minggu. Frekuensi pemberian imunisasi DPT adalah tiga kali.

3) Cara Pemberian Imunisasi

Dosis imunisasi DPT adalah 0,5 ml secara intramuscular.

4) Reaksi KIPI

Efek samping pada DPT mempunyai efek ringan dan efek berat, efek ringan seperti pembekakan dan nyeri pada tempat penyuntikan, demam, sedangkan efek berat dapat menangis hebat kesakitan kurang lebih empat jam, kesadaran menurun, terjadi kejang, ensefalopati dan shock.

5) Kontra Indikasi

Riwayat anafilaksis, ensefalopati sesudah pemberian vaksin pertusis sebelumnya, serta keadaan lain dapat dinyatakan sebagai perhatian khusus (precaution), sebelum pemberian vaksin pertusis berikutnya bila pada pemberian pertama dijumpai, riwayat hiperpireksia, keadaan hipotonik-hiporesponsif dalam 48 jam, anak menangis terus-menerus selama 3 jam dan riwayat kejang dalam 3 hari sesudahnya.

4. Imunisasi Campak

1) Pengertian

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak pada anak karena penyakit ini sangat menular. Kandungan vaksin ini adalah virus yang dilemahkan.

2) Jadwal Pemberian Imunisasi

Frekuensi pemberian imunisasi campak adalah satu kali. Waktu pemberian imunisasi campak pada umur 9 bulan.

3) Cara Pemberian Imunisasi

Vaksin campak dianjurkan diberikan dalam satu dosis 0,5 ml, sedangkan cara pemberian imunisasi campak melalui subkutan, walaupun demikian dapat diberikan secara intramuskular.

4) Reaksi KIPI

Efek samping pemberian imunisasi campak adalah berupa demam yang lebih dari 39,5°C yang terjadi pada 5-15% kasus, demam mulai dijumpai mulai hari ke 5-6 sesudah imunisasi dan berlangsung selama 2 hari. Ruam dapat di jumpai pada 5% resipien, timbul pada hari ke 7-10 sesudah imunisasi dan berlangsung selama 2-4 hari.

5) Kontra Indikasi

Kontra indikasi berlaku pada mereka yang sedang menderita demam tinggi, sedang memperoleh pengobatan immunosupresi, hamil, memiliki riwayat alergi, sedang memperoleh pengobatan immunoglobulin atau bahan-bahan berasal dari darah.

5. Imunisasi polio

1) Pengertian

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak, nyeri otot, dan kematian (Cristhoper dan Israr, 2009).

2) Jadwal Pemberian Imunisasi

Waktu pemberian imunisasi polio pada umur 0-11 bulan dengan interval pemberian 4 minggu. Vaksinasi polio ulangan diberikan satu tahun sejak imunisasi polio-4, selanjutnya saat masuk sekolah (5-6 tahun).

3) Cara Pemberian Imunisasi

Dosis OPV, 2 tetes per-oral sedangkan IPV dalam kemasan 0,5 ml, intramuskular.

4) Kontra Indikasi

Penyakit akut atau demam (suhu $>38,5^{\circ}$), vaksinasi harus ditunda; muntah atau diare berat, vaksinasi harus ditunda; serta dalam pengobatan kortikosteroid atau immunosupresif yang diberikan oral maupun suntikan, juga yang mendapat pengobatan radiasi umum (termasuk kontak dengan pasien).

2.5 Konsep Program Imunisasi

2.5.1 Program Imunisasi

Sidang WHA ke 41 tahun 1988 menetapkan eradikasi polio global pada tahun 2000, yang kemudian diperkuat dengan hasil pertemuan World Summit for Children pada tahun 1990. Indonesia sebagai salah satu negara anggota WHO telah menandatangani deklarasi tersebut, hal ini sejalan dengan salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Namun pada kenyataannya hingga saat ini masih banyak negara yang masih mempunyai kasus polio. Bahkan baru-baru ini terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) polio di Indonesia dimana virus ternyata berasal dari luar. Diperkirakan dengan mengerahkan semua upaya, eradikasi polio baru bisa tercapai pada tahun 2008 (Pedoman Pelaksanaan PIN, 2005).

Dalam upaya mencapai tujuan tersebut pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya Eradikasi Polio yaitu :

1. Meningkatkan cakupan imunisasi rutin merata sampai ketingkat desa (UCI Desa)
2. Melaksanakan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) tahun 1995, 1996, 1997 yang dilanjutkan setiap tahun dengan Sub PIN tahun 2000 dan 2001 serta PIN tahun 2002. Selain itu juga melaksanakan BIAS Polio (pemberian Polio pada anak sekolah) pada tahun 1999.
3. Melaksanakan *Mopping-up* tahun 1998 dan tahun 2005.
4. Pengamatan kasus lumpuh layuh mendadak (Surveilans AFP).

Cakupan imunisasi rutin secara nasional dalam 3 tahun terakhir mencapai > 90% namun masih belum merata di semua desa. Hal ini ditunjukkan dengan pencapaian UCI Desa dalam tiga tahun terakhir belum mencapai 80%. Cakupan imunisasi rutin yang tinggi dan merata bertujuan memberikan perlindungan kepada anak karena virus polio masih dapat bersikulasi pada tubuh anak yang sehat. Kegiatan imunisasi tambahan seperti PIN, Sub PIN, *Mop-Up*, BIAS Polio bertujuan untuk memutus rantai penularan polio.

2.5.2 Pengendalian PD3I

Pengendalian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi berdasarkan Kepmenkes No. 1611/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi (PP dan PL, 2008).

1. Tujuan Umum

Turunnya angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi (PD3I).

2. Tujuan Khusus

- 1) Tercapainya target Universal child immunization (UCI) yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di 100% desa/kelurahan pada tahun 2010.
- 2) Tercapainya eliminasi tetanus maternal dan neonatal (*Maternal Neonatal Tetanus Elimination/MNTE*) (insidens di bawah 1/1000 kelahiran hidup dalam 1 tahun) di tingkat kabupaten/kota pada tahun 2012.
- 3) Eradikasi Polio pada tahun 2008.
- 4) Tercapainya reduksi Campak (ReCam) 2008.
- 5) Memberikan kekebalan tubuh terhadap penyakit Meningitis meningokokus tertentu pada calon jemaah haji.
- 6) Memberikan kekebalan efektif bagi semua orang yang melakukan perjalanan berasal dari atau ke negara endemis demam kuning.
- 7) Menurunkan angka kematian pada kasus gigitan hewan penular Rabies.

3. Strategi

- 1) Memberikan akses (pelayanan) kepada masyarakat dan swasta.
- 2) Membangun kemitraan dan jejaring kerja.
- 3) Menjamin ketersediaan dan kecukupan vaksin, peralatan rantai vaksin dan alat suntik.
- 4) Menerapkan sistem pemantauan wilayah setempat (PWS) untuk menentukan prioritas kegiatan serta tindakan perbaikan.
- 5) Pelayanan imunisasi dilaksanakan oleh tenaga profesional/terlatih.
- 6) Pelaksanaan sesuai dengan standard.

- 7) Memanfaatkan perkembangan methoda dan tekhnologi yang lebih efektif berkualitas dan efisien.
- 8) Meningkatkan advokasi, fasilitasi dan pembinaan.

2.5.3 Pokok-Pokok Kegiatan

1. Imunisasi rutin:

- 1) Adalah kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus menerus harus dilakukan pada periode waktu yang telah ditentukan.
- 2) Berdasarkan kelompok usia sasaran, imunisasi rutin dibagi menjadi : rutin pada bayi, wanita usia subur, dan anak sekolah.

2. Imunisasi tambahan adalah 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.

Yang dimaksud dalam kegiatan imunisasi tambahan adalah :

- 1) *Backlog fighting* adalah upaya aktif melengkapi imunisasi dasar pada anak yang berumur 1 - 3 tahun. Sasaran prioritas adalah desa/kelurahan yang selama 2 tahun berturut turut tidak mencapai desa UCI.
- 2) *Crash program* ditujukan untuk wilayah yang memerlukan intervensi secara cepat untuk mencegah terjadinya KLB. Kriteria pemilihan lokasi adalah : 1. Angka kematian bayi tinggi dan angka PD3I tinggi; 2. Infrastruktur (tenaga, sarana, dana kurang); 3. Desa yang selama 3 tahun berturut-turut tidak mencapai target UCI
3. Imunisasi dalam penanganan KLB (*Outbreak Response Imunization/ORI*)

4. Kegiatan imunisasi khusus
 - 1) Pekan Imunisasi Nasional (PIN)
 - 2) Sub Pekan Imunisasi Nasional
 - 3) *Catch-up* campaign campak

2.5.4 Pekan Imunisasi nasional (PIN)

Pekan Imunisasi Nasional (PIN) adalah Pekan dimana setiap balita termasuk bayi baru lahir yang bertempat tinggal di Indonesia diimunisasi dengan vaksin polio, tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya. Pemberian imunisasi dilakukan 2 kali masing-masing 2 tetes dengan selang waktu satu bulan. Pemberian imunisasi polio secara serentak terhadap semua sasaran akan mempercepat pemutusan siklus kehidupan virus polio liar. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

Pemberian imunisasi 2 kali dengan interval 1 bulan akan memberikan kekebalan rongga usus selama 100 hari. Dengan pemberian serentak kepada seluruh balita di Indonesia terjadi penekanan serentak terhadap berkembang biaknya virus polio liar apabila masuk kedalam usus. Di alam bebas, virus akan bertahan hanya selama 48 jam. Oleh karena itu pemberian serentak pada seluruh balita merupakan kunci keberhasilan memutuskan rantai penularan.

Pemberian imunisasi polio pada waktu PIN disamping untuk memutus rantai penularan seperti penjelasan di atas, juga berguna sebagai booster atau imunisasi ulangan polio. PIN pernah dilaksanakan pada bulan September dan Oktober tahun 1995, 1996, dan 1997 dan dilanjutkan setiap tahun dengan subPIN (1998, 1999, 2000, dan 2001) pada propinsi dan kabupaten berisiko tinggi. Pada tahun 2002 telah dilaksanakan PIN pada bulan September untuk putaran I dan

Oktober untuk putaran II. Pada tahun 2005 ini akan dilaksanakan kembali Pekan Imunisasi Nasional pada tanggal 30 Agustus 2005 untuk putaran I dan 27 September 2005 untuk putaran II.

2.5.5 Jadwal Pemberian Imunisasi

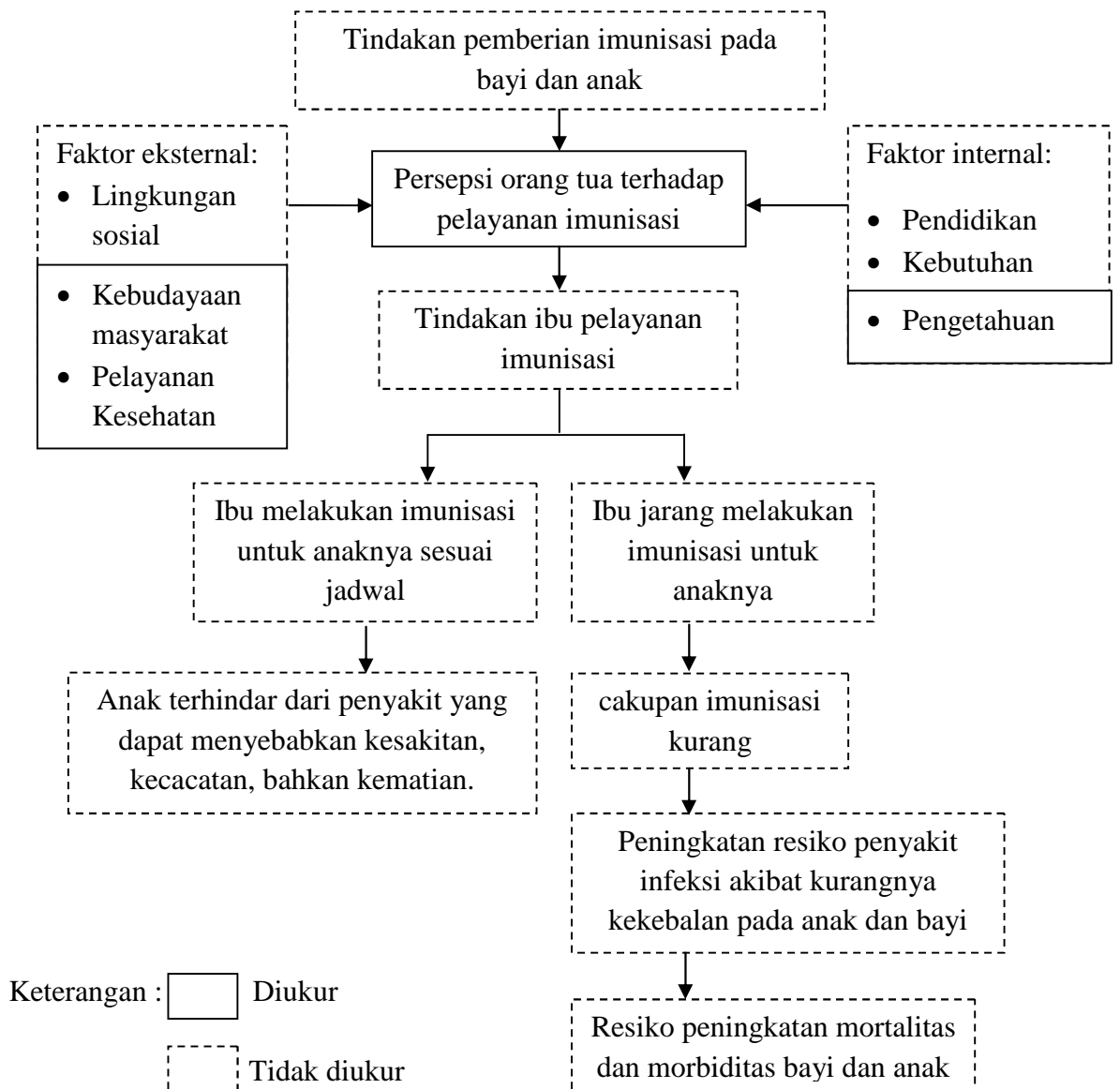
Tabel 2.1 Jadwal pemberian imunisasi PPI pada bayi

Vaksin	Pemberian Imunisasi	Selang Waktu Pemberian	Umur	Dosis	Tempat Suntikan
BCG	1x		0-11 bulan	0,05 cc	Lengan kanan atas luar, intrakutan
DPT	3x (DPT 1, 2, 3)	4 minggu	2-11 bulan	0,5 cc	Paha tengah luar, intramuskular
Polio	4x (Polio 1, 2, 3, 4)	4 minggu	0-11 bulan	2 tetes (0,1 cc)	Diteteskan di mulut
Campak	1x		9-11 bulan	0,5 cc	Lengan kiri atas, subkutan
Hepatitis B	1x		0-7 hari	0,5 cc	Paha tengah luar, intramuskular

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi PPI Pada Anak Di Desa Nyabakan Timur Kabupaten Sumenep

Imunisasi merupakan hal yang terpenting dalam usaha melindungi kesehatan anak serta merupakan suatu cara yang efektif untuk memberikan kekebalan khusus terhadap seseorang yang sehat (Ridwan Amiruddin, 2007). Masih kurangnya kesadaran masyarakat di daerah terpencil membuat anak-anak banyak yang tidak lengkap mendapatkan imunisasi. Keadaan ini juga dipengaruhi beberapa faktor, yaitu faktor internal seperti pendidikan ibu dan pengetahuan ibu, faktor eksternalnya terdiri dari faktor pelayanan kesehatan dan faktor budaya. Terdapat juga persepsi masyarakat tentang imunisasi yang bisa mempengaruhi cakupan pelayanan imunisasi. Persepsi tersebut terdiri dari faktor personal (fungsional) dan struktural (David Krech dan Richard S. Crutchfield 1977 dikutip oleh Rakmat, 2005). Faktor-faktor personal antara lain pengalaman, proses belajar, kebutuhan, dan pengetahuan terhadap obyek psikologis. Faktor-faktor struktural meliputi lingkungan sosial dan nilai dan kebudayaan yang ada di masyarakat. Jika cakupan imunisasi kurang keadaan ini akan menyebabkan terjadinya peningkatan resiko penyakit infeksi karena kurangnya kekebalan pada anak yang akhirnya akan meningkatkan mortalitas dan morbiditas bayi dan anak.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1 : Ada hubungan antara faktor pengetahuan dengan persepsi ibu tentang imunisasi.

H1 : Ada hubungan antara faktor kebudayaan dengan persepsi ibu tentang imunisasi.

H1 : Ada hubungan antara faktor pelayanan kesehatan dengan persepsi ibu tentang imunisasi.

BAB 4

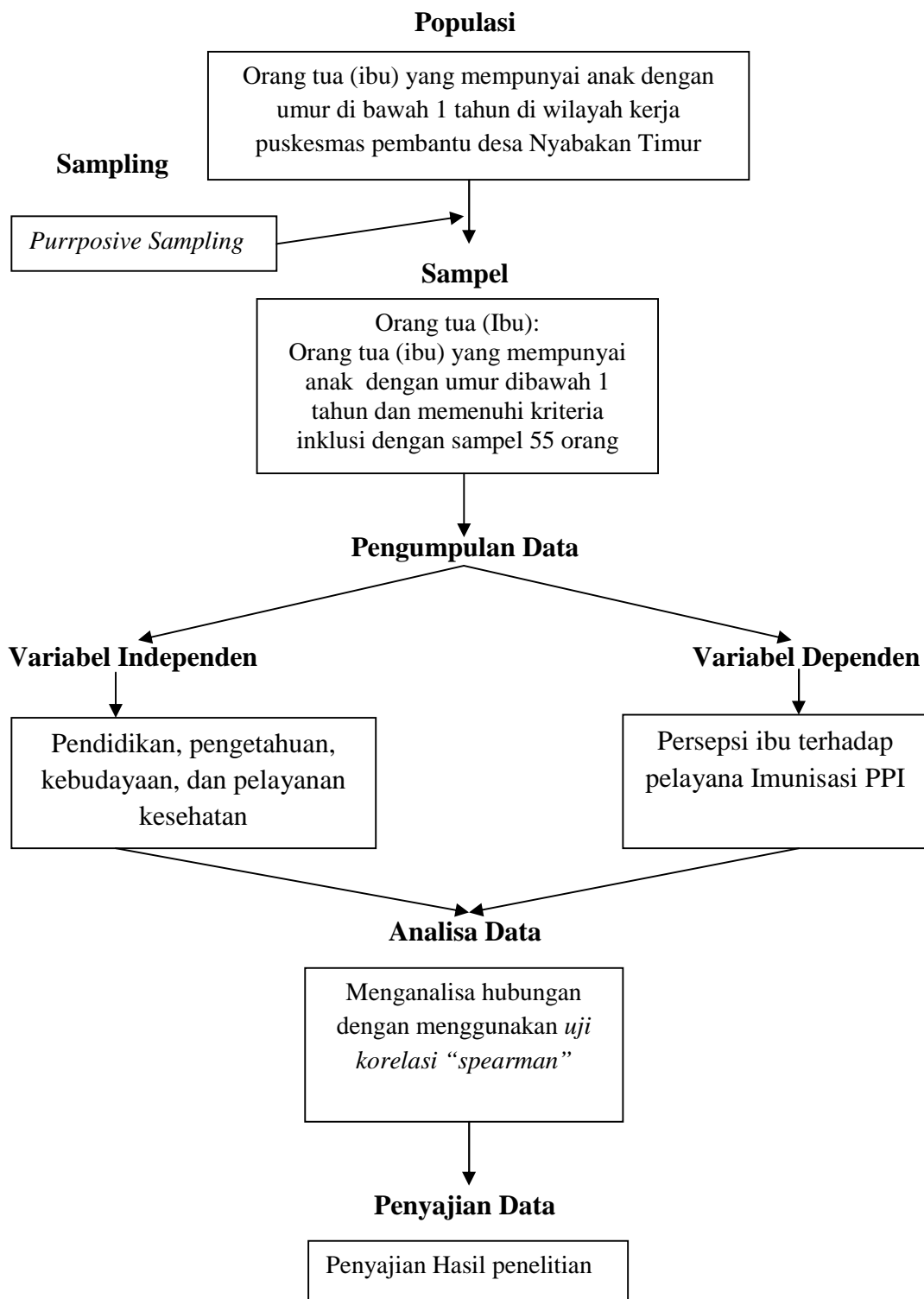
METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang tahap – tahap yang dibuat oleh peneliti yang berhubungan dengan suatu penelitian bisa diterapkan diantaranya desain penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel, dan sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan pengolahan data, etika penelitian, keterbatasan penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan rancangan penelitian digunakan untuk mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian *Cross Sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/ observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada jenis ini variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2008).

4.2 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh orang tua (ibu) yang mempunyai anak kurang dari 1 tahun di wilayah kerja Puskesmas Pembantu Nyabakan Timur Kabupaten Sumenep. Adapun alasan peneliti memilih puskesmas pembantu tersebut adalah mengingat di Puskesmas Pembantu Nyabakan Timur belum pernah diadakan penelitian terutama menyangkut cakupan pelayanan imunisasi.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah yang terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai objek penelitian melalui sampling. Dalam penelitian keperawatan kriteria sampel dapat meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel yang akan digunakan. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum dari subyek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti. Kriteria eksklusi adalah karakteristik dari subyek penelitian yang tidak akan diteliti. Sampel yang didapatkan pada penelitian ini sebanyak 55 responden.

1. Sampel dalam penelitian ini adalah yang memenuhi kriteria inklusi antara lain:
 - a. Ibu yang mempunyai anak dengan umur di bawah 1 tahun.
 - b. Ibu yang tinggal di desa Nyabakan Timur.
 - c. Bersedia untuk mengikuti dalam penelitian.
 - d. Menjadi target puskesmas.

2. Kriteia eksklusi dalam penelitian ini antara lain :
 - a. Ibu yang tidak mempunyai anak dengan umur dibawah 1 tahun.
 - b. Ibu yang tidak tinggal di desa nyabakan timur
 - c. Tidak bersedia untuk mengikuti dalam penelitian.
 - d. Tidak menjadi target puskesmas.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2008). Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *purposive sampling*.

4.4 Identifikasi Variabel

Identifikasi variabel merupakan bagian penelitian dengan cara menentukan variabel-variabel yang ada dalam penelitian, seperti : variabel independen dan variabel dependen (Aziz A H, 2007)

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen pada penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi PPI. Faktor-faktor tersebut adalah pengetahuan, pelayanan kesehatan, dan budaya.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen pada penelitian ini adalah persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi PPI.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional dan berdasarkan karakteristik yang diamati dalam melakukan pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena dengan menggunakan parameter yang jelas (Aziz A H, 2007).

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Independen Faktor yang berhubungan dengan persepsi					
1.2	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui tentang imunisasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu mengetahui pengertian imunisasi. 2. Ibu mengetahui tujuan pemberian imunisasi. 3. Ibu mengetahui sasaran dari imunisasi 4. Ibu mengetahui macam-macam kekebalan pada anak 5. Ibu mengetahui jenis imunisasi 	Wawancara	Ordinal	Jawaban benar skor = 1 Jawaban salah skor = 0 Total skor 76-100 % = pengetahuan ibu baik 56% - 75% = pengetahuan ibu cukup < 55 % = pengetahuan ibu kurang

			<p>6. Ibu mengetahui jadwal pemberian imunisasi</p> <p>7. Ibu mengetahui efek samping imunisasi</p>			
1.3	Kebudayaan	Keseluruhan penegetahuan manusia sebagai makhluk social yang digunakan untuk memahami lingkungan serta pengalamannya dan yang menjadi pedoman tingkah lakunya.	<p>1. Bila budaya di daerah tersebut tidak bertentangan dengan pelaksanaan imunisasi</p> <p>2. Bila budaya di daerah tersebut bertentangan dengan pelaksanaan imunisasi.</p>	Wawancara	Ordinal	<p>Pertanyaan Positif Ya = 1 Tidak = 0</p> <p>Pertanyaan Negatif Ya = 0 Tidak = 1</p> <p>Tidak bertentangan dengan budaya = 4 – 5</p> <p>Bertentangan dengan budaya = 0 - 3</p>
1.4	Pelayanan kesehatan	Pelayanan kesehatan, yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan)	<p>1. Jika masyarakat merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan</p> <p>2. Jika masyarakat merasa tidak</p>	Wawancara	Ordinal	<p>Sering = 3</p> <p>Pernah = 1</p> <p>Tidak pernah = 0</p>

		dan promotif (peningkatan kesehatan) serta melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan) dengan sasaran masyarakat.	puas terhadap pelayanan yang diberikan			Pelayanan baik = 15 – 30 Pelayanan kurang = 0 - 14
2. 2.1	Dependen Persepsi Ibu	Proses seseorang (ibu) dalam mengetahui beberapa hal mengenai imunisasi melalui panca inderanya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persepsi ibu mengenai pentingnya imunisasi 2. Persepsi ibu mengenai dampak imunisasi 3. Persepsi ibu mengenai tujuan imunisasi 	Wawancara	Ordinal	Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 Persepsi baik = 30 – 40 Persepsi buruk = 1 – 29

4.6 Pengumpulan Dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner. Pada jenis ini peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis. Untuk mengukur pengetahuan dengan kuisisioner berisi pertanyaan dan jawaban dalam bentuk pilihan, yaitu pernyataan yang menyediakan beberapa jawaban dan responden hanya memilih satu diantaranya sesuai dengan pendapatnya (Notoatmodjo, 2005).

4.6.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Desa Nyabakan Timur Kabupaten Sumenep, waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juli tahun 2009, selama 1 minggu.

4.6.3 Prosedur Pengambilan Dan Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini proses pengambilan data diperoleh setelah sebelumnya mendapatkan izin dari kepala puskesmas Batang-Batang. Peneliti melakukan pendekatan kepada responden. Data diberikan kepada responden. Apabila responden mengalami kesulitan dalam menjawab maka peneliti mendampingi responden dengan memberikan penjelasan kepada responden. Data dikumpulkan menggunakan kuisisioner dengan tahap diberi nama dan dengan menggunakan kode khusus sebagai subjek peneliti yaitu ibu yang mempunyai anak dengan umur kurang dari 1 tahun yang memenuhi kriteria inklusi untuk menjadi responden. Pengambilan data dilakukan pada saat ibu mengikuti kegiatan posyandu. Kemudian data kuisisioner dikumpulkan pada peneliti dan petugas posyandu.

4.7 Analisa Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan, dimana tujuan pokok penelitian adalah menjawab pertanyaan – pertanyaan peneliti dalam mengungkap fenomena. Dalam penelitian ini analisis data dilakukan melalui tabulasi data kegiatan yang dilakukan melalui tabulasi data. Kegiatan yang dilakukan dalam langkah tabulasi adalah :

- 1) memberikan skor terhadap item – item yang perlu di skor sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam definisi operasional
- 2) mengubah jenis data bila diperlukan, disesuaikan atau dimodifikasi sesuai dengan teknik analisis yang akan dilakukan
- 3) data yang telah dikumpulkan selanjutnya diolah dan di uji dengan menggunakan uji korelasi dari spearman.

4.8 Etika Penelitian

Pada penelitian ini peneliti mengajukan permohonan secara tertulis kepada kepala puskesmas Batang-Batang untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapatkan persetujuan, kuesioner disebarkan kepada responden dengan tetap menekankan pada masalah etik yang meliputi :

1. *Informed Consent*

Subyek diberi lembar persetujuan menjadi respon dengan tujuan agar subyek mengerti atau mengetahui maksud dan tujuan selama pengumpulan data. Jika subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

2. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, maka nama subyek tidak dicantumkan pada lembar kuesioner yang telah diisi tersebut dan hanya diberi kode tertentu.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian.

4.9 Kerterbatasan

Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan antara lain :

1. Pengumpulan data dengan kuesioner dipengaruhi sikap adanya rasa malu dalam menjawab sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
2. Instrument pengumpulan data dengan kuisisioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti pertanyaan yang dimaksud dan belum di uji cobakan sehingga reliabilitas dan validitasnya perlu disempurnakan.
3. Instrument atau alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini dibuat oleh peneliti sendiri sehingga reliabilitas dan validitasnya masih perlu untuk dilakukan uji coba untuk kepentingan selanjutnya.
4. Pengalaman peneliti sangat terbatas, memiliki keterbatasan dalam menganalisa hasil penelitian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi PPI pada anak di desa Nyabakan Timur kabupaten Sumenep yang di mulai dilakukan pada tanggal 13 Juli – 17 Juli 2009.

Pada bagian penelitian ini akan diuraikan tentang karakteristik lokasi pengambilan sampel, data umum, data khusus serta pembahasan. Pengambilan data penelitian dilakukan pada Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur kabupaten Sumenep. Pengambilan data menggunakan kuesioner dan observasi pelayanan imunisasi. Setelah data terkumpul, selanjutnya diberi kode dan ditebulasi. Tabulasi menggunakan tabel yang telah dirancang sebelumnya sesuai dengan variabel penelitian yaitu variabel independen faktor yang berhubungan dengan persepsi ibu (pengetahuan, kebudayaan, dan pelayanan imunisasi) dan variabel dependen persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi, dengan hasil kemaknaan $p < 0,05$ artinya H_0 ditolak artinya ada hubungan yang bermakna.

5.1 Hasil Penelitian

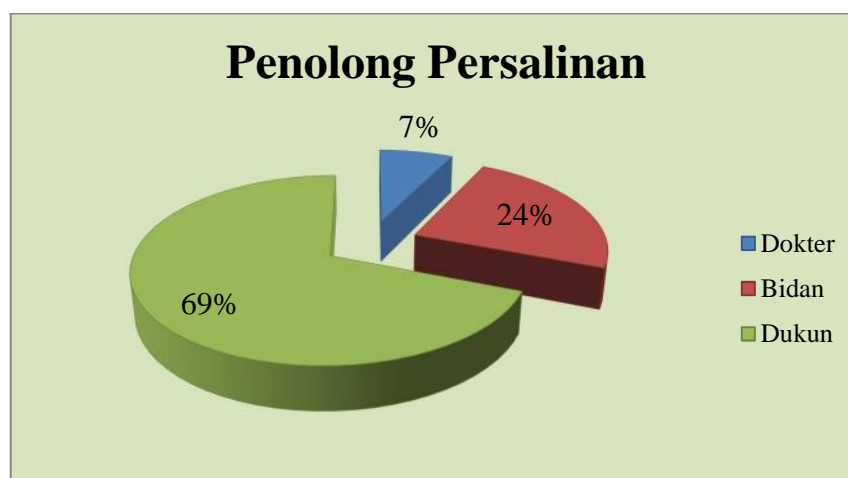
5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Kota Sumenep adalah salah satu Kota di Provinsi Jawa Timur yang terletak sangat strategis, berada pada posisi paling timur. Kota sumenep terdiri dari beberapa kecamatan dan beberapa pulau kecil. Salah satunya yaitu Kecamatan Batang-Batang, Puskesmas Batang-Batang membawahi Puskesmas

pembantu di desa Nyabakan Timur, Kolpo dan Benajhu Barat. Penelitian ini dilakukan di desa Nyabakan timur dimana sebelah utara berbatasan dengan desa bilengan, timur desa taman sari, barat desa nyabakan barat, selatan desa jenangger. Luas desa Nyabakan Timur yaitu 493.450 ha, rumah umum terdiri dari 6400 rumah jumlah luas sawah 59.950 ha dan luas ladang 35.000. Jumlah penduduk desa Nyabakan Timur 5.618 orang, yang terdiri dari laki-laki 2.931 orang dan perempuan 2.687 orang. Puskesmas pembantu Nyabakan Timur membawahi 6 posyandu, dimana posyandu dilakukan pada tiap dusun di desa Nyabakan Timur. Jumlah tenaga yang ada pada Puskesmas pembantu Nyabakan Timur hanya terdiri dari 1 perawat dan 2 bidan.

5.1.2 Data Umum

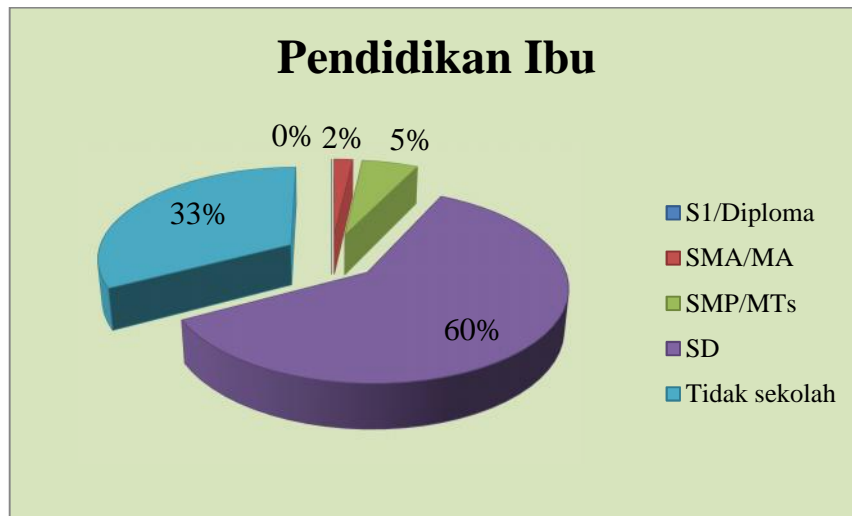
1. Distribusi responden berdasarkan pertolongan persalinan ibu



Gambar 5.1 Diagram Distribusi Ibu berdasarkan pertolongan Persalinan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009.

Dari diagram di atas menunjukkan bahwa responden terbanyak persalinan ibu dengan pertolongan dukun sebanyak 38 orang (69%), dan responden terkecil persalinan ibu dengan pertolongan dokter sebanyak 4 orang (7%).

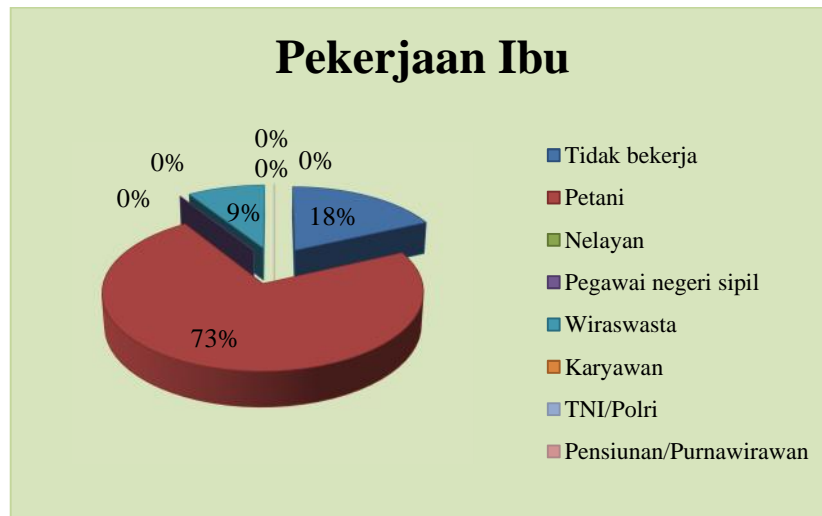
2. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan ibu.



Gambar 5.2 Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009.

Dari diagram diatas menunjukkan bahwa responden terbanyak dengan tingkat pendidikan SD 33 orang (60%), dan tingkat pendidikan terendah SMA 1 orang (2%).

3. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan ibu



Gambar 5.3 Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Pekerjaan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009.

Dari diagram diatas menunjukkan bahwa responden terbanyak bekerja sebagai Petani 40 orang (73%), dan terkecil bekerja sebagai wiraswasta 5 orang (9%).

5.1.3 Data Khusus

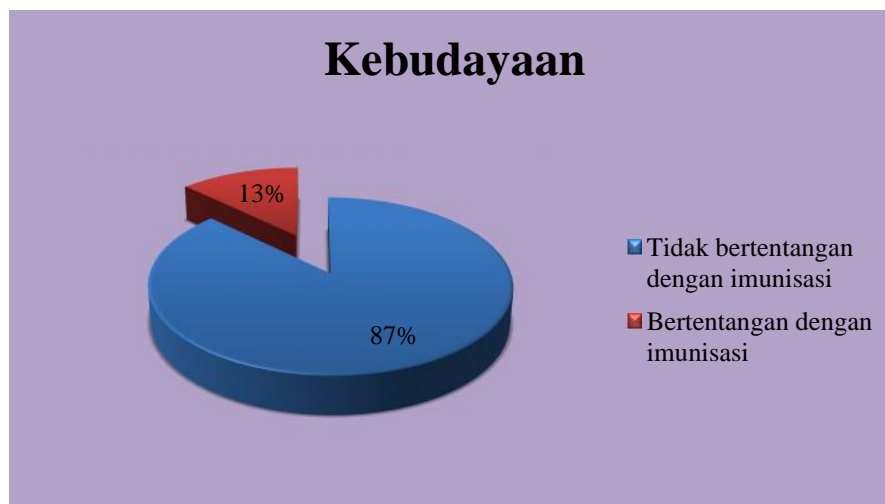
1. Distribusi responden berdasarkan tingkat pengetahuan.



Gambar 5.4 Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Tingkat Pengetahuan Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009.

Dari diagram diatas menunjukkan bahwa responden terbanyak dengan tingkat pengetahuan tentang imunisasi baik 14 orang (29,1 %), pengetahuan cukup 25 (45,5 %) orang, dan kurang 16 orang (25,4 %).

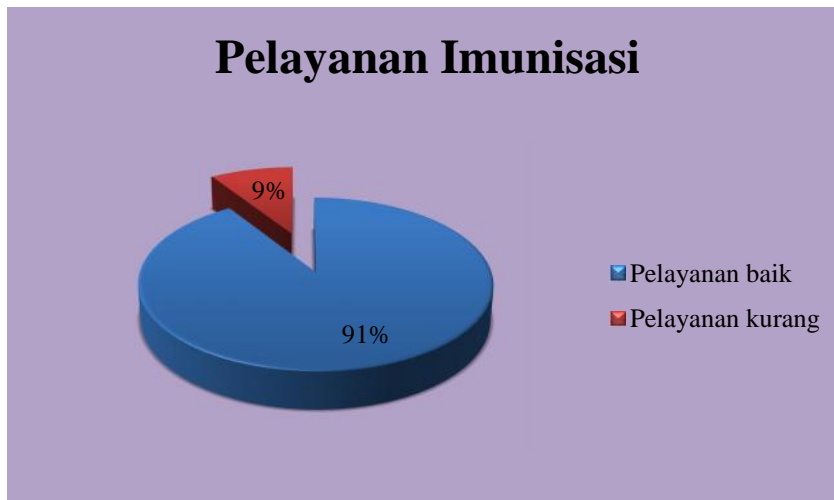
2. Distribusi responden berdasarkan kebudayaan daerah tempat tinggal ibu



Gambar 5.5 Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Kebudayaan Daerah Tempat Tinggal Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009.

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa responden menganggap imunisasi tidak bertentangan dengan kebudayaan sebanyak 48 orang (87 %) dan responden yang menganggap imunisasi bertentangan dengan imunosasi sebanyak 7 orang (13 %).

3. Distribusi responden berdasarkan pelayanan imunisasi



Gambar 5.6 Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Pelayanan Imunisasi di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009.

Dari diagram diatas menunjukkan bahwa responden yang terbanyak dengan pelayanan imunisasi yang baik 50 orang (90,9 %) dan terkecil dengan pelayanan imunisasi yang kurang 5 (9,1 %) orang.

4. Distribusi responden berdasarkan persepsi ibu terhadap pelayanan imunisasi



Gambar 5.7 Diagram Distribusi Ibu berdasarkan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi di Wilayah Kerja Puskesmas Pembantu Desa Nyabakan Timur Bulan Juli 2009.

Dari diagram diatas menunjukkan bahwa responden yang terbanyak dengan persepsi ibu baik 42 orang (76,4 %) dan responden terkecil dengan persepsi ibu buruk sebanyak 13 orang (23,6 %).

5. Tabulasi silang hubungan faktor (pengetahuan, kebudayaan, dan pelayanan imunisasi) dengan persepsi ibu di wilayah kerja Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.

a) Pengetahuan

Tabel 5.1 Hubungan faktor pengetahuan dengan persepsi ibu di wilayah kerja Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.

Tingkat Pengetahuan	Persepsi Ibu				Total	
	Buruk		Baik		N	%
	N	%	N	%		
Kurang	7	12,7 %	9	16,4 %	16	29.1 %
Cukup	6	11 %	19	34,5 %	25	45,5 %
Baik			14	25,4 %	14	25,4 %
Total	13	23,7 %	42	76,3 %	55	100 %
Mean = 1.96 SD = 0.744	p = 0.004					

Hasil tabulasi silang di atas menunjukkan bahwa persepsi ibu baik pada tingkat pengetahuan cukup yaitu 19 ibu (34,5 %) dan persepsi ibu buruk pada tingkat pengetahuan kurang yaitu 7 ibu (12,7 %).

Berdasarkan hasil pengujian statistik dengan menggunakan korelasi *Spearman* yang menunjukkan nilai rata-rata (Mean = 1.96), dan nilai signifikansi sebesar 0.004 maka H0 ditolak dengan demikian ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan persepsi ibu.

b) Kebudayaan

Tabel 5.2 Hubungan faktor kebudayaan dengan persepsi ibu di wilayah kerja Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.

Kebudayaan	Persepsi Ibu				Total	
	Buruk		Baik		N	%
	N	%	N	%		
Bertentangan	6	11 %	1	1,8 %	7	12,8 %
Tidak bertentangan	7	12,7 %	41	74,5 %	48	87,2 %
Total	13	23,7 %	42	76,3 %	55	100 %
Mean = 1.87		p= 0.000				
SD = 0.336						

Dari hasil tabulasi silang diatas dapat dilihat bahwa persepsi ibu baik terbanyak pada imunisasi yang tidak bertentangan dengan kebudayaan yaitu 40 orang (74,5 %) dan persepsi ibu buruk terbanyak pada imunisasi yang tidak bertentangan dengan kebudayaan yaitu 7 orang (12,7 %).

Berdasarkan hasil pengujian statistik dengan menggunakan *korelasi Spearman* yang menunjukkan nilai rata-rata (Mean = 1.87), dan nilai signifikansi 0.000 maka H_0 ditolak yang berarti ada hubungan antara kebudayaan dengan persepsi ibu.

c) Pelayanan Imunisasi

Tabel 5.3 Hubungan faktor pelayanan imunisasi dengan persepsi ibu di wilayah kerja Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.

Pelayanan imunisasi	Persepsi Ibu				Total	
	Buruk		Baik		N	%
	N	%	N	%		
Kurang	4	7,3 %	1	1,8 %	5	9,1 %
Baik	9	16,4 %	41	74,5 %	50	90,9 %
Total	13	23,7 %	42	76,3 %	55	100 %
Mean = 1.91		p = 0.001				
SD = 0.290						

Dari hasil tabulasi silang diatas dapat dilihat bahwa persepsi ibu baik terbanyak pada pelayanan imunisasi baik yaitu 41 orang (74,5 %) dan persepsi ibu buruk terbanyak pada pelayanan imunisasi baik yaitu 9 orang (16,4 %).

Berdasarkan hasil pengujian statistik dengan menggunakan korelasi *Spearman* yang menunjukkan nilai rata-rata (Mean = 1.91), dan nilai signifikansi sebesar 0.001 maka H_0 ditolak dengan demikian ada hubungan antara hubungan pelayanan imunisasi dengan persepsi ibu.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan Antara Faktor Pengetahuan Dengan Persepsi Ibu

Dari hasil penelitian dengan menggunakan korelasi *Spearman* yang menunjukkan terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan persepsi ibu di Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca indra yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*Belief*), takhayul (*Superstition*) dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*) (Soekamto, 2001 dikutip oleh Dian, 2005). Tidak semua pengetahuan merupakan suatu ilmu, hanya pengetahuan yang tersusun secara sistematis saja yang merupakan ilmu pengetahuan. Pengetahuan berasal dari kata “tahu” adalah hasil perenungan individu, atau dengan kata lain bahwa sesungguhnya, pengetahuan itu hanya produk dari sesuatu kegiatan yang dilakukan oleh manusia. Menurut Soeparto (2001) dikutip oleh Dian (2005) pengetahuan adalah hasil tahu manusia yang sekedar menjawab pertanyaan “what”. Sedangkan menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan

penginderaan terhadap suatu obyek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata (penglihatan) dan telinga (pendengaran). Pengetahuan juga dapat diperoleh dari pendidikan, pengalaman orang lain, media masa maupun lingkungan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperlukan sebagai dorongan sikap dan perilaku setiap hari sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan merupakan stimulus terhadap tindakan seseorang.

Dari data demografi pendidikan ibu terbanyak yaitu lulusan SD 33 (60 %), sedangkan pendidikan akan berpengaruh pada tingkat pengetahuan seseorang. Ibu di Desa Nyabakan Timur dengan pendidikan yang rendah rata-rata memiliki pengetahuan yang cukup tentang imunisasi. Hal ini disebabkan karena para bidan dan kader sering mengajak ibu untuk melakukan imunisasi dan memberikan pendidikan tentang imunisasi. Karena dalam pendidikan terdapat proses belajar dimana perubahan yang relatif menetap dalam tingkah laku yang terjadi sebagai suatu hasil dari latihan atau pengalaman dan dapat mempengaruhi dalam mencari alternatif pemecahan masalah dalam mengatasi gangguan kesehatan yang dialami atau seseorang dikatakan belajar apabila di dalam dirinya terjadi perubahan menjadi tahu, tidak dapat mengerjakan sesuatu menjadi dapat mengerjakan sesuatu. Dapat disimpulkan bahwa dengan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang dengan semakin tinggi tingkat pendidikan orang akan cepat menerima informasi dan akhirnya mempengaruhi persepsi seseorang.

Dari hasil penelitian, tingkat pengetahuan responden tentang imunisasi merupakan salah satu faktor yang menyebabkan perilaku responden terhadap persepsinya dalam pelayanan imunisasi. Oleh karena persepsi seseorang akan menimbulkan tindakan yang merupakan perbuatan nyata dari seseorang sehingga banyak faktor lain yang mempengaruhi. Akan tetapi tindakan atau perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan bersifat langgeng daripada tindakan yang tidak didasari pengetahuan, sehingga orang dengan pengetahuan baik maka persepsinya terhadap pelayanan imunisasi akan baik juga sehingga seorang ibu dalam melaksanakan imunisasi akan lengkap walaupun masih banyak faktor yang menentukan tindakan seseorang, tetapi dengan pengetahuan yang kurang akan menghasilkan persepsi yang buruk terhadap pelayanan imunisasi, ini terbukti pada hasil penelitian tabulasi silang pengetahuan yang rendah didukung oleh pendidikan yang minimal yaitu SD (60 %) bahkan SD tidak tamat (33 %), maka menyebabkan persepsi ibu buruk, tetapi dalam penelitian ini juga terdapat ibu dengan tingkat pengetahuan yang rendah mempunyai persepsi baik terhadap tindakan imunisasi. Hal ini disebabkan karena adanya pelayanan posyandu yang dibantu oleh beberapa kader dalam mengajak ibu-ibu di desa Nyabakan Timur untuk melakukan imunisasi serta penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memberikan informasi tentang imunisasi. Sehingga meskipun pendidikan ibu rendah dengan adanya kegiatan posyandu dapat merubah persepsi ibu dari buruk menjadi baik. Dengan demikian dapat di simpulkan bahwa ibu dengan pengetahuan baik akan memiliki persepsi yang baik terhadap pelayanan imunisasi sedangkan ibu dengan pengetahuan kurang cenderung memiliki persepsi yang kurang terhadap pelayanan imunisasi dan cenderung dalam

melakukan pelaksanaan imunisasi tidak lengkap karena ibu tersebut tidak tahu manfaat dari pemberian imunisasi, tetapi ibu yang memiliki pendidikan rendah akan bisa memiliki pengetahuan yang cukup terhadap pelayanan imunisasi yang didukung dengan adanya posyandu.

5.2.2 Hubungan Antara Faktor Kebudayaan Dengan Persepsi Ibu

Dari hasil penelitian dengan menggunakan korelasi *Spearman* yang menunjukkan terdapat hubungan antara kebudayaan dengan persepsi ibu di Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.

Kebudayaan, *cultuur* dalam bahasa Belanda dan *culture* dalam bahasa Inggris, berasal dari bahasa Latin “*colore*” yang berarti mengolah, mengerjakan, menyuburkan dan mengembangkan. Dari pengertian budaya dalam segi demikian berkembanglah arti *culture* sebagai “segala daya dan aktivitas manusia untuk mengolah dan mengubah alam”. Untuk membedakan pengertian istilah budaya dan kebudayaan, Djoko Widagdo (1994) dikutip oleh Gumilar (2004), memberikan pembedaan pengertian budaya dan kebudayaan, dengan mengartikan budaya sebagai daya dari budi yang berupa cipta, rasa dan karsa, sedangkan kebudayaan diartikan sebagai hasil dari cipta, karsa, dan rasa tersebut (Gumilar, 2004). Masyarakat Madura dikenal memiliki budaya yang khas, unik, stereotipikal, dan stigmatik. Penggunaan istilah “ khas “ menunjuk pada pengertian bahwa entitas etnik Madura memiliki kekhususan-kultural yang tidak serupa dengan etnografi komunitas etnik lain (Hasan Alwi, 2001: 563). Kekhususan kultural itu tampak antara lain pada ketaatan, ketundukan, dan kemasrahan mereka secara hierarkis kepada empat figur utama dalam berkehidupan, lebih-lebih dalam praksis keberagamaan. Keempat figur itu adalah

Buppa, ' Babbu, Guru, ban Rato (Ayah, Ibu, Guru, dan Pemimpin pemerintahan). Kepada figur-figur utama itulah kepatuhan hierarkis orang-orang Madura menampakkan wujudnya dalam kehidupan sosial budaya mereka (Wiyata, 2003).

Dari hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara kebudayaan dengan persepsi ibu tentang pelayanan imunisasi. Masalah kematian maupun kesakitan pada ibu dan anak tidak terlepas dari faktor-faktor sosial budaya dan lingkungan di dalam masyarakat dimana mereka berada. Disadari atau tidak, faktor-faktor kepercayaan dan pengetahuan budaya seperti konsepsi-konsepsi mengenai berbagai pantangan, hubungan sebab-akibat antara makanan dan kondisi sehat-sakit, kebiasaan dan ketidaktahuan, seringkali membawa dampak baik positif maupun negatif terhadap kesehatan ibu dan anak. Hal ini yang terjadi pada sebagian masyarakat Madura yang bertempat tinggal di daerah terpencil dimana mereka beranggapan imunisasi itu buruk karena tokoh di desa melarang untuk melakukan imunisasi. Tetapi dengan seiringnya waktu dimana dinas kesehatan Jawa Timur bekerja sama dengan MUI Madura untuk meningkatkan pelaksanaan imunisasi. Masyarakat (ibu) di desa Nyabakan Timur telah bisa menerima tindakan pemberian imunisasi. Dimana masyarakat Madura yang lebih patuh pada empat figur yaitu *Buppa, ' Babbu, Guru, ban Rato* (Ayah, Ibu, Guru, dan Pemimpin pemerintahan), dimana guru disini yaitu sebagai seorang tokoh agama. Tokoh agama di daerah Nyabakan Timur yang telah bisa menerima adanya tindakan pemberian imunisasi. Hal ini berdasarkan Majelis Mudzakaroh Imunisasi Ulama Se-Madura Sampang, 27 Mei 2008 yang membahas tentang halalnya pemberian imunisasi. Salah satu isi kesepakatan dalam majelis tersebut yaitu menjaga kesehatan bayi adalah sebuah hajat (kebutuhan) dan penggunaan

vaksin dalam imunisasi yang dinilai tidak sesuai dengan hukum islam adalah darurat sehingga diperbolehkan sampai ada obat dan proses yang benar-benar halal. Selain menyatakan menerima, para ulama juga menyatakan program imunisasi merupakan sebuah kebutuhan yang harus dilakukan untuk menjaga kesehatan bayi. Mereka juga meminta agar program tersebut disosialisasikan kepada masyarakat Madura tentang pentingnya imunisasi. Salah satu komponen penting dalam peningkatan program imunisasi di Madura adalah keterlibatan ulama dalam penyampaian pesan mengenai penting dan amannya program imunisasi yang sering mengalami hambatan di wilayah berpenduduk muslim ini. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dengan kebudayaan yang tidak bertentangan dengan tindakan pemberian imunisasi akan membuat persepsi ibu baik terhadap pelayanan imunisasi.

5.2.3 Hubungan Antara Faktor Pelayanan Imunisasi Dengan Persepsi Ibu

Dari hasil penelitian dengan menggunakan korelasi *Spearman* yang menunjukkan terdapat hubungan antara pelayanan imunisasi dengan persepsi ibu di Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.

Standar layanan kesehatan merupakan bagian dari layanan kesehatan itu sendiri dan memainkan peranan penting dalam mengatasi masalah mutu layanan kesehatan. Secara luas, pengertian standar layanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses, dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan (Pohan, 2006). Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat merupakan sub sistem pelayanan kesehatan, yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Meskipun

demikian, tidak berarti bahwa pelayanan kesehatan masyarakat tidak melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan) (Notoatmodjo, 2003). Sehingga pemerintah mengadakan program imunisasi yang disebut dengan (PD3I) Pengendalian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi berdasarkan Kepmenkes No. 1611/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi (PP dan PL, 2008).

Dari data demografi penolong persalinan ibu terbanyak yaitu dibantu oleh dukun 38 orang (69 %) hal ini dipengaruhi oleh faktor pendidikan ibu yang rendah, selain itu jarak terhadap sarana pelayanan kesehatan yang cukup jauh, serta dari faktor biaya yang lebih murah dengan menggunakan bantuan dukun, karena kebanyakan ibu di daerah Nyabakan Timur bekerja sebagai petani 40 orang (73 %). Dengan persalinan yang dibantu oleh dukun menyebabkan seorang bayi tidak mendapatkan imunisasi hepatitis B serta penjelasan kepada ibu tentang pemberian imunisasi kepada bayi, tetapi petugas kesehatan khususnya bidan telah memberikan pelatihan kepada 2 dukun bersalin serta apa yang perlu disarankan kepada para ibu bayi termasuk perawatan dan imunisasi bayi tetapi dari 6 dukun bersalin hanya ada 2 yang terlatih.

Dari hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara pelayanan imunisasi dengan persepsi ibu. Persepsi ibu yang baik karena adanya pelayanan imunisasi yang baik yaitu adanya dukungan atau motivasi dari kader posyandu yang ikut berperan aktif dalam pelaksanaan imunisasi dan petugas kesehatan yang telah memberikan penyuluhan tentang imunisasi serta menyediakan fasilitas posyandu yang bisa dijangkau oleh masyarakat.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Terdapat hubungan antara faktor pengetahuan dengan persepsi ibu. Melalui promosi kesehatan dapat membuat pengetahuan masyarakat bertambah sehingga dengan faktor pengetahuan baik dapat membuat persepsi ibu baik sehingga ibu bisa lebih aktif lagi dalam mengikuti pelaksanaan imunisasi.
2. Terdapat hubungan antara faktor kebudayaan dengan persepsi ibu. Faktor kebudayaan yang tidak bertentangan dengan pelaksanaan imunisasi sangat mendukung dalam meningkatkan pelaksanaan imunisasi bayi di Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.
3. Terdapat hubungan antara faktor pelayanan imunisasi dengan persepsi ibu. Faktor pelayanan imunisasi yang baik akan membuat persepsi ibu baik terhadap tindakan pemberian imunisasi sehingga ibu akan mengikuti pelaksanaan imunisasi di Puskesmas Pembantu desa Nyabakan Timur.

6.2 Saran

1. Kepada petugas kesehatan hendaknya lebih meningkatkan promosi kesehatan tentang pelaksanaan imunisasi PPI dalam meningkatkan kesehatan anak.
2. Dengan melakukan pendekatan terhadap kader dan ulama dalam memberikan pendidikan tentang pentingnya imunisasi pada semua masyarakat di desa Nyabakan Timur.

3. Kepada kader posyandu sebaiknya memberi penjelasan secara aktif untuk membawa anaknya ke Posyandu untuk diberikan imunisasi lengkap sesuai jadwal pemberian.
4. Kepada ibu bayi hendaknya mempunyai anggapan yang baik tentang pelaksanaan imunisasi dan aktif lagi bertanya kepada petugas kesehatan tentang efek samping yang diberikan setelah pemberian imunisasi. Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang efektifitas pelaksanaan imunisasi di Posyandu.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, Abu dan Uhbiyati, Nur. (2001). *Ilmu Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 68-97
- Alimul, Aziz. (2005). *Keperawatan anak 1*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 101-106
- Alimul, Aziz. (2007). *Metode penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Edisi I. Jakarta: Salemba Medika, hal 79-80
- Amiruddin, Ridwan. (2007). *Isu Mutakhir Imunisasi*. <http://Ridwanamiruddin.wordpress.com/2007/04/17/isumuthakhirimunisasi/>. Diakses tanggal 31 Mei 2009 jam 23.00 WIB
- Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta, hal. 148-168.
- Badriyanto. (2003). *Karakteristik Etnik Dan Hubungan Antar Etnik: Kasus Di Kabupaten Sumenep*. http://www.geocities.com/konferensinasionalsejarah/bambang_samsu_badriyanto_msi.pdf Di akses tanggal 31 Mei 2009. Jam 23.00 WIB
- Comitte on Obstetric Practice. (2003). *Comitte Opinion (Immunization During Pregnancy)*. Washington, DC: The American College Obstetricians and Gynecologists, hal 282
- Cristhoper dan Israr, Yayan . A. (2009). *Universal Child Immunization*. <http://yayanakhyar.wordpress.com/2009/02/14/universal-child-immunization/>. Di akses tanggal 12 Juni 2009. Jam 20.00 WIB
- Dian, diah Wira. (2005). *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Ibu tentang KMS Dengan Pelaksanaan Dalam Meningkatkan Kesehatan Balita Pada Kegiatan Posyandu Desa Suwatu Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Tanon Kabupaten Sragen Jawa Tengah*. Tidak dipublikasikan Skripsi Universitas Airlangga, hal: 12-14
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. (2005). *Pedoman Pelaksanaan Pekan Imunisasi Nasional (PIN)*. <http://www.dinkesjatim.go.id/images/datainfo/200508100944-PEDOMAN%20PIN.pdf>. diakses tanggal 28 Juni 2009 jam 19.00 WIB
- Dretske, Fred. (2006). *Perception Without Awareness*. <http://www.nyu.edu>. Di akses tanggal 12 Juni 2009 jam 20.00 WIB

- Fahmi, Ismail. (2008). *Psm Dalam Imunisasi di Kabupaten. Tapanuli selatan*. <http://Dinkestapsel.blogspot.com/imagesdata/imunisasi.pdf>. Diakses tanggal 31 Mei 2009 jam 23.30 WIB
- Gumilar, Gungum. (2004). *Kebudayaan Dan Masyarakat*. <http://www.gumilarcenter.com/KLB/panduanalisisfilm>. Diakses tanggal 12 Juni 2009 Jam 20.30 WIB
- Hadisuyatmana, Setho. (2007). *Hubungan Persepsi Mahasiswa Tentang Penampilan Dosen Dengan Motivasi Dan Prestasi Belajar Pada Mahasiswa Ners Jalur A Tahap Akademik*. Tidak dipublikasikan Skripsi Universitas Airlangga, hal: 14-16
- Hay, William, et al. (2007). *Current Pediatric Diagnosis and Treatment*. USA: McGraw-Hill Companies, INC, hal 248-251
- Kongstvedt, Peter R. (2000). *Pokok-Pokok Pengelolaan Usaha Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC, hal 25-27, 35-36
- Linda T. Maas. (2004). *Kesehatan Ibu Dan Anak: Persepsi Budaya Dan Dampak Kesehatannya*. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm%20linda2.pdf>. Di akses tanggal 31 Mei 2009. Jam 23.00 WIB
- Nelson (2000). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Buku kedokteran EGC, hal 20
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 37-44.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 66-79, 101-108
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. Hal 41-50, 55-59, 77-83, 89-95, 97-122, 124-125,
- Pohan, Imbalo S. (2006). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC, hal 28
- PP dan PL. (2008). *Imunisasi*. <http://www.penyakitmenular.info/webpppl/imagesdata/IMUNISASI.pdf>. Diakses tanggal 28 Juni 2009 jam 19.00 WIB
- PSIK FK UNAIR. (2007). *Buku Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: Fakultas Kedokteran Unair. Hal 32-34, 37-38

- Rakmat, Jalaluddin. (2005). *Psikologi Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakarya, hal 51-63
- Sagala, Syaiful. (2000). *Administrasi pendidikan kontemporer*. Bandung: Alfabeta, hal 3-9
- Satgas Imunisasi Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2005). *Pedoman Imunisasi Di Indonesia*. Jakarta: Pengurus Pusat. IDAI hal 59, 65-72, 88-123
- Supriyanto, S. (2005). *Strategi Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Administrasi dan Kebijakan Kesehatan. FKM Unair. Hal 102-105
- Walgito, Bimo. (2003). *Psikologi Sosial*. Yogyakarta: Andi, hal 53-55
- WHO. (2005). *Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015*. <http://www.who.int>. Di akses tanggal 9 Juni 2009 21.00 WIB

Lampiran 1**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Yth : Ibu.....

Di

Tempat

Denagan Hormat,

Saya mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya mohon kesediaan ibu untuk mengisi kuesioner atau pernyataan yang terlampir dengan sejujur-jujurnya dalam penelitian ini dengan “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi PPI Pada Anak di Desa Nyabakan Timur. Data ini saya gunakan untuk penelitian guna menyelesaikan tugas skripsi Program Sarjana Ilmu Keperawatan. Semua data dalam kuesioner beserta jawaban yang ibu tuliskan, kerahsiaan terjamin dan tidak berakibat apapun bagi ibu.

Demikian permohonan ini saya buat. Atas kesediaan saudara berikan, saya sampaikan terima kasih.

Sumenep, 13 Juli 2009

Hormat Saya,

Beny Santoso

NIM : 010510869 B

Lampiran 2**PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN**

Judul penelitian : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi PPI Pada Anak di Desa Nyabakan Timur.

No. Responden :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi kuesioner yang telah diberikan oleh peneliti. Sebelumnya telah dijelaskan tentang tujuan penelitian ini dan saya mengerti bahwa peneliti mengambil data dan informasi yang telah saya berikan.

Demikian secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Sumenep, 13 Juli 2009

Responden

Lampian 3**FORMAT PENGUMPULAN DATA****Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Persepsi Ibu Terhadap Pelayanan Imunisasi PPI Pada Anak**

No. responden : Tanggal pengisian : **A. Data Umum**

1. Umur Ibu :
- Jumlah Anak : (di bawah 1 tahun)
- : (di atas 1 tahun)

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan berikut dengan mengisi tempat kosong yang tersedia dengan member tanda check (√) pada pilihan yang mewakili saudara.

2. Persalinan anak dengan bantuan :

1) Dokter kandungan 2) Bidan 3) Dukun

3. Pendidikan ibu :

1) S1 / Diploma 2) SMA / MA 3) SMP / MTs 4) SD

- 5) SD Tidak tamat
4. Pekerjaan ibu :
- 1) Tidak bekerja
- 2) Petani
- 3) Nelayan
- 4) Pegawai Negeri sipil
- 5) Wirasawasta
- 6) Karyawan
- 7) TNI/Polri
- 8) Pensiunan/Purnawirawan

Petunjuk pengisian:

Jawablah pertanyaan berikut dengan mengisi tempat kosong yang tersedia dengan member tanda check (v) pada pilihan yang mewakili saudara.

B. Pengetahuan Ibu Tentang Imunisasi

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda checklist () di jawaban yang mewakili saudara.

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Imunisasi merupakan usaha untuk memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin ke dalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu.		
2.	Tujuan imunisasi adalah mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang.		
3.	Sasaran imunisasi adalah bayi di bawah 1 bulan, ibu hamil, wanita usia subur (calon mempelai wanita), anak sekolah dasar.		
4.	Imunisasi yang wajib adalah imunisasi BCG, hepatitis B, campak, DPT, dan polio.		
5.	Imunisasi BCG digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit infeksi tenggorokan.		
6.	Jadwal pemberian imunisasi adalah satu kali dan waktu pemberian imunisasi BCG pada umur sebelum 2 bulan.		
7.	Imunisasi BCG dapat menimbulkan efek samping yaitu bekas luka yang tidak bisa hilang serta reaksi panas pada anak.		
8.	Imunisasi hepatitis B untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis.		

9.	Pemberian imunisasi hepatitis B segera setelah bayi lahir dan frekuensi pemberiannya tiga kali yaitu pada umur 0, 1, dan 6 bulan.		
10.	Imunisasi DPT merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus.		
11.	Pemberian imunisasi DPT antara umur 2 – 11 bulan dengan jarak 4 – 6 minggu serta frekuensi pemberian imunisasi dua kali.		
12.	Efek samping pemberian imunisasi DPT terjadi pembengkakan dan nyeri pada tempat penyuntikan serta mual dan muntah.		
13.	Pemberian imunisasi campak dua kali yaitu pada umur 6 dan 9 bulan.		
14.	Efek samping dari pemberian imunisasi campak adalah berupa mual dan muntah.		
15.	Anak yang batuk, pilek, dan demam boleh diimunisasi.		
16.	Imunisasi campak merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit batuk rejan.		
17.	Anak yang sudah pernah sakit campak boleh dilakukan imunisasi.		
18.	Pemberian imunisasi polio pada umur 0 – 11 bulan dengan jarak 1 minggu.		
19.	Imunisasi dapat dilakukan di posyandu, puskesmas dan tempat pelayanan kesehatan lainnya.		
20.	Imunisasi polio digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit gatal-gatal pada kulit.		

D. Kebudayaan

1. Apakah terdapat adat istiadat di daerah anda yang bertentangan dengan tindakan pemberian imunisasi ?

Ya Tidak

2. Apakah keluarga atau masyarakat disekitar anda rutin melakukan pemberian imunisasi sesuai jadwal ?

Ya Tidak

3. Apakah tokoh masyarakat di daerah anda melarang anda untuk mengikuti kegiatan imunisasi ?

Ya Tidak

4. Jika tokoh masyarakat di daerah anda menganjurkan untuk melakukan pemberian imunisasi apakah anda akan melakukan anjuran tersebut ?

Ya Tidak

5. Apakah seorang tokoh masyarakat di daerah anda juga berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan ?

Ya Tidak

E. Persepsi Ibu

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Imunisasi baik untuk kesehatan anak ibu.				
2.	Ibu akan melakukan pemberian imunisasi untuk anak ibu atas kemauan sendiri atau tanpa dipaksa.				
3.	Ibu akan tetap melakukan imunisasi, meskipun anak ibu akan mengalami demam yang tinggi setelah pemberian imunisasi, karena itu merupakan suatu hal yang lazim.				
4.	Jika ibu terlambat memberikan imunisasi untuk jadwal yang berikutnya (tidak sesuai jadwal), maka ibu tetap melakukan imunisasi tanpa harus mengulang imunisasi sebelumnya.				
5.	Jika ibu melihat di televisi tentang pemberitaan buruk imunisasi yang menyebabkan kecacatan pada anak, ibu akan tetap melakukan imunisasi.				
6.	Pelaksanaan imunisasi di tempat ibu dilakukan dengan tidak membayar atau gratis.				

7.	Imunisasi melindungi anak agar terhindar dari penyakit yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, bahkan kematian Oleh karena itu pelaksanaannya harus dipertahankan.				
8.	Pemberian imunisasi tidak baik yang dilakukan pada saat anak ibu sakit.				
9.	Dengan pemberian imunisasi yang lengkap dan tepat anak ibu akan terlindungi dari penyakit infeksi yang berbahaya.				
10.	Ibu akan tetap melaksanakan imuisasi meskipun tetangga atau keluarga ibu melarang.				

F. Pelayanan Imunisasi

No.	Pernyataan	Selalu	Pernah	Tidak pernah
1.	Petugas kesehatan atau kader mengundang ibu untuk melakukan pelayanan imunisasi			
2.	Ibu mendapatkan penjelasan dari petugas kesehatan tentang imunisasi			
3.	Petugas kesehatan sopan dan ramah dalam memberikan pelayanan			
4.	Petugas kesehatan memberikan jadwal pemberian imunisasi BCG, DPT, Polio, HB I, Campak			
5.	Petugas kesehatan sudah bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan imunisasi			
6.	Petugas kesehatan menggunakan jarum suntik yang baru saat melakukan imunisasi.			

7.	Pelayanan imunisasi dilakukan setiap bulan oleh petugas kesehatan bersamaan dengan poyandu.			
8.	Petugas kesehatan juga membuka layanan imunisasi di puskesmas atau puskesmas pembantu terdekat			
9.	Pelaksanaan imunisasi wajib (PPI), di berikan secara gratis tanpa membayar.			
10.	Petugas kesehatan bekerja sama dengan tokoh masyarakat setempat dalam melakukan pelayanan imunisasi			

Data Penelitian

No Responden	Persalinan	Pendidikan	Pekerjaan	Pengetahuan	Kebudayaan	Pelayanan imunisasi	Persepsi ibu
1	2	3	1	2	1	1	1
2	3	5	2	2	2	2	1
3	3	5	2	2	1	2	1
4	3	4	2	2	1	2	1
5	3	4	2	2	2	2	1
6	3	4	2	3	2	2	2
7	2	5	2	3	2	2	2
8	3	4	2	2	2	2	2
9	1	2	1	3	2	2	2
10	3	4	2	3	2	2	2
11	3	4	2	3	2	2	2
12	3	4	1	1	2	2	2
13	3	4	1	2	2	2	2
14	3	5	2	1	2	2	2
15	3	5	1	2	2	2	2
16	3	4	1	1	2	2	1
17	3	5	2	3	2	2	2
18	3	4	1	2	2	2	2
19	2	4	2	1	2	2	2
20	3	5	2	1	2	2	2
21	3	5	2	1	1	1	1
22	3	4	2	2	1	2	2
23	3	5	2	1	2	2	1
24	3	4	2	1	2	2	2
25	3	5	5	2	2	2	2
26	3	5	2	2	2	2	2
27	3	4	2	2	2	2	2
28	3	4	2	1	2	2	2
29	3	4	2	1	2	2	2
30	3	4	2	2	2	2	2
31	2	3	5	3	2	2	2
32	1	4	2	2	2	2	2
33	2	4	2	1	2	2	2
34	3	4	2	3	2	2	2
35	2	4	5	2	2	2	2
36	3	4	2	3	2	2	2
37	2	4	2	2	2	2	2
38	2	4	5	3	2	1	2
39	3	5	2	2	2	2	2
40	3	5	2	2	2	2	2
41	2	4	2	2	2	2	2
42	3	4	2	1	2	2	2
43	2	5	5	3	2	2	2
44	3	4	2	3	2	2	2
45	3	3	2	2	2	2	2
46	1	4	2	2	2	2	2
47	3	5	2	3	2	2	2
48	3	4	2	2	2	2	2
49	2	5	2	2	2	2	2
50	1	4	2	3	2	2	2
51	2	4	5	2	2	2	1
52	2	4	5	1	1	1	1
53	3	5	2	1	2	2	1
54	3	4	5	1	1	1	1
55	3	5	2	1	2	2	1

Frequency Table

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pengetahuan kurang	16	29.1	29.1	29.1
	Pengetahuan cukup	25	45.5	45.5	74.5
	Pengetahuan baik	14	25.5	25.5	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Kebudayaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bertentangan dengan budaya	7	12.7	12.7	12.7
	Tidak bertentangan dengan budaya	48	87.3	87.3	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Pelayanan_imunisasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	peleyanan kurang	5	9.1	9.1	9.1
	pelayanan baik	50	90.9	90.9	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Persepsi_ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	persepsi buruk	13	23.6	23.6	23.6
	persepsi baik	42	76.4	76.4	100.0
	Total	55	100.0	100.0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Persepsi_ibu	55	100.0%	0	.0%	55	100.0%
Kebudayaan * Persepsi_ibu	55	100.0%	0	.0%	55	100.0%
Pelayanan_imunisasi * Persepsi_ibu	55	100.0%	0	.0%	55	100.0%

Pengetahuan * Persepsi_ibu

Crosstab

Count		Persepsi_ibu		Total
		persepsi buruk	persepsi baik	
Pengetahuan	pengetahuan kurang	7	9	16
	Pengetahuan cukup	6	19	25
	Pengetahuan baik	0	14	14
Total		13	42	55

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.379	.099	2.979	.004 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.378	.101	2.974	.004 ^c
N of Valid Cases		55			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Kebudayaan * Persepsi_ibu

Crosstab

Count		Persepsi_ibu		Total
		persepsi buruk	persepsi baik	
		Kebudayaan bertentangan dengan budaya	6	
Kebudayaan Tidak bertentangan dengan budaya	7	41	48	
Total		13	42	55

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.558	.131	4.895	.000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.558	.131	4.895	.000 ^c
N of Valid Cases	55			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Pelayanan_imunisasi * Persepsi_ibu

Crosstab

Count		Persepsi_ibu		Total
		persepsi buruk	persepsi baik	
		Pelayanan_imunisasi pelayanan kurang	4	
Pelayanan_imunisasi pelayanan baik	9	41	50	
Total		13	42	55

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.420	.145	3.365	.001 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.420	.145	3.365	.001 ^c
N of Valid Cases	55			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.