SKRIPSI

ALASAN ORANG TUA
TIDAK MEMBAWA ANAKNYA UNTUK IMUNISASI

PENELITIAN KUALITATIF FENOMENOLOGI

Oleh :

ALPIAN UMBU DEWA

131611123036

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS

FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2017

SKRIPSI

ALASAN ORANG TUA
TIDAK MEMBAWA ANAKNYA UNTUK IMUNISASI

PENELITIAN KUALITATIF FENOMENOLOGI

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

Pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR

Oleh :

ALPIAN UMBU DEWA

131611123036

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS

FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2017

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya 18 Desember 2017

Yang menyatakan,

Alpian Umbu Dewa
NIM : 131611123036

SKRIPSI

ALASAN ORANG TUA
TIDAK MEMBAWA ANAKNYA UNTUK IMUNISASI

Oleh :

Alpian Umbu Dewa
131611123036

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 20 Desember 2017

Oleh :

Pembimbing Ketua

Ferry Efendi, S.Kep.,Ns., M.Sc. Ph.D
19820218 200812 1 005

Pembimbing

Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 19820619 201504 1 001

Mengetahui
a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. H. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 19680829 198903 1 002

SKRIPSI

ALASAN ORANG TUA
TIDAK MEMBAWA ANAKNYA UNTUK IMUNISASI

Oleh :

Alpian Umbu Dewa
131611123036

Telah diuji

Pada Tanggal : 22 Desember 2017

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Retno Indarwati S.Kep.,Ns., M.Kep. (.....)

Anggota : 1. Ferry Efendi, S.Kep.,Ns.,M.Sc.Ph.D (.....)

2. Dr. Andri Setiya Wahyudi,S.Kep,.Ns., M.Kep (.....)

Mengetahui
a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. H. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes
NIP. 19680829 198903 1 002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan penyusunan Skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Dr. Joni Haryanto.,S.Kp.,M.Kes. selaku ketua komite etik di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Ferry Efendi, S.Kep.,Ns., M.Sc. Ph.D selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini dengan segera. Semoga Allah membalas segala kebaikan bapak.
5. Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, arahan, bantuan ilmu, informasi dan motivasi dalam penulisan penelitian, pengarahan pembahasan penelitian sehingga tidak *monotone* saat dibaca serta agar dapat dipahami pembaca.

6. Dr. Retno Indarwati S.Kep.,Ns., M.Kep. dan Praba D. Rachmawati, S.Kep.,Ns., M.Kep. Selaku dosen penguji proposal dan skripsi yang telah telah memberikan saran dan bimbingan sehingga peneliti dapat menyelesaikan pembuatan skripsi ini.
7. Segenap Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmu, pengalaman dan pengarahan. Terima kasih telah mengajarkan dan memotivasi untuk menjadi calon perawat yang profesional.
8. Segenap staf pendidikan, akademik, sekretariatan, perpustakaan dan laboratorium Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Universitas Airlangga yang telah memberikan bantuan fasilitas maupun ilmu kepada saya.
9. Kementerian kesehatan badan PPSDM Kesehatan yang telah memberikan beasiswa sehingga saya bisa melanjutkan pendidikan di jenjang yang lebih tinggi di fakultas keperawatan Universitas Airlangga ini.
10. Bupati sumba barat Bapak Regu Deta, S.I.Pem. yang telah memberikan rekomendasi untuk saya melanjutkan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
11. Kepala dinas kesehatan kabupaten Sumba Barat bapak drg. Bonar B. Sinaga M.Kes, yang telah memberikan ijin untuk saya boleh melakukan penelitian di wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Sumba Barat.
12. Matius Tenggo, Amd.Kep selaku kepala puskesmas Weekarou yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan wawancara dengan partisipan di wilayah kerjanya.
13. Partisipan di kabupaten Sumba Barat yang telah membantu peneliti memberikan keterangan / alasan tentang hambatan yang dihadapi dalam imunisasi.

14. Istri kekasih Yosefina Tebu Ngongo dan anak saya tercinta Finsa Julia Bani yang menjadi motivator dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
15. Kedua orang tua Cornelis Nono Umbu Paty, Dorkas Dada Malo (Alm) yang tidak sempat menyaksikan satu tahap kesuksesan dalam hidup saya. Terima kasih atas semua doa yang telah dipanjatkan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
16. Teman-teman seperjuangan B19 Angkatan 2016 yang telah memberi dukungan, informasi dan semangat baik secara langsung ataupun tidak demi terselesainya skripsi ini. semoga pertemanan yang kita jalin dan ilmu yang kita amalkan bisa bermanfaat.
17. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah sumber segala berkat membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu, dan juga bantuan yang lain dalam menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun penulisannya. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan para pembaca pada umumnya.

Surabaya, 19 Desember 2017

Alpian Umbu Dewa

ABSTRAK

ALASAN ORANG TUA TIDAK MEMBAWA ANAKNYA UNTUK IMUNISASI

Penelitian kualitatif fenomenologi

By : Alpian Umbu Dewa

Latar belakang : Imunisasi merupakan program wajib pemerintah yang bertujuan untuk mencegah penyakit infeksi pada bayi dan anak namun hingga saat ini masih ada sebagian keluarga tidak membawa anaknya untuk imunisasi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai alasan orang tua di Kabupaten Sumba Barat tidak membawa anaknya untuk imunisasi.
Metode: Desain penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologis. Dengan tekhnik wawancara mendalam yang dilakukan kepada sembilan orang tua yang anaknya berumur 10 sampai 18 bulan dan belum melakukan imunisasi lengkap. *Sampling* yang digunakan adalah tekhnik *snowball sampling*. Hasil wawancara yang diperoleh dianalisis dengan analisis tematik.
Hasil: Penelitian ini mendapatkan empat tema, yaitu kecewa dengan pelayanan petugas, kurangnya ketersediaan vaksin, jarak tempat pelayanan kesehatan yang jauh dan karena pengetahuan tentang imunisasi yang rendah.
Kesimpulan: Kekecewaan orang tua terhadap pelayanan petugas kesehatan dan kurangnya ketersediaan vaksin menjadi alasan yang dikemukakan orang tua. Jarak tempat pelayanan kesehatan yang jauh dari rumah partisipan menjadi fenomena yang diutarakan partisipan. Pemerintah perlu melakukan program pelayanan kesehatan dengan pendekatan keluarga, meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan guna meningkatkan jangkauan cakupan imunisasi.

Kata kunci : alasan, orang tua, imunisasi.

ABSTRACT

REASONS OF PARENTS DO NOT BRING CHILDREN FOR IMMUNIZATION

Qualitative research of phenomenology

By: Alpian Umbu Dewa

Background: Immunization is a mandatory government program that aims to prevent infectious diseases in infants and children but until now there are still some families do not bring their children for immunization. The purpose of this study is to get an idea of the reasons parents in West Sumba District did not bring their children for immunization.
Methods: The design of this study was qualitative with a phenomenological approach. In-depth interview techniques were conducted for nine parents whose children were 10 to 18 months old and had not yet fully immunized. Sampling used is snowball sampling technique. The results of the interviews were analyzed by thematic analysis.
Result: This study received four themes, which were disappointed with the service of the officers, the lack of availability of the vaccine, the distance from the distant health service and the low immunization knowledge.
Conclusions: Disappointment of parents to health care workers and the lack of availability of vaccines are the reasons parents have raised. Distance from the health care facility away from home became a phenomenon that participants expressed. The government needs to undertake a healthcare program with a family approach, increasing the availability of health workers to increase coverage of immunization coverage.

Keywords : reason, parent, immunization, west sumba.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN i

HALAMAN SAMPUL DALAM DAN PRASYARAT GELAR ii

LEMBAR PERNYATAAN iii

MOTTO iv

LEMBAR PERSETUJUAN v

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI vi

HALAMAN UCAPAN TERIMA KASIH vii

ABSTRAK x

DAFTAR ISI xii

DAFTAR TABEL xv

DAFTAR GAMBAR xvi

DAFTAR LAMPIRAN xvii

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH xviii

BAB I PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 4

1.3 Tujuan Penelitian 4

1.4 Manfaat Penelitian 4

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 5

2.1 Kajian Teori 5

2.1.1 Imunisasi 5

2.1.2 Tujuan imunisasi 6

2.1.3 Sasaran program imunisasi 6

2.1.4 Macam imunisasi 8

2.1.5 Jenis-jenis imunisasi dasar dan penyakit yang dapat dicegahnya..... 9
2.1.6 Pedoman pemberian imunisasi..... 19
2.1.7 Kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI)..... 21
2.1.8 Faktor-faktor yang menghambat tercapainya imunisasi dasar 23
2.2 Persepsi..... 24
2.3 Teori-Teori Perubahan Perilaku 27
2.4 Keaslian Penelitian..... 35
BAB 3 METODE PENELITIAN 40
3.1 Rancangan Penelitian 40
3.2 Partisipan 41
3.3 Jaminan Kerahasiaan Data 42
3.4 Instrumen Penelitian dan Alat Bantu Pengumpulan Data 43
3.5 Tempat dan Waktu Penelitian 44
3.5.1 Tempat penelitian 44
3.5.2 Waktu penelitian 44
3.6 Prosedur Pengumpulan Data 45
3.6.1 Tahap persiapan 45
3.6.2 Tahap pelaksanaan 45
3.6.3 Tahap terminasi..... 48
3.7 Kerangka Pikir 48
3.8 Kerangka Kerja 49
3.9 Analisis Data 50
3.10 Etika Penelitian 50

3.11 Keabsahan Data 53

BAB 4 HASIL PENELITIAN 56

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian 56

4.2 Karakteristik Partisipan 57

4.3 Analisis Tema 59

BAB 5 PEMBAHASAN 66

5.1 Kecewa dengan Pelayanan Petugas Kesehatan 66

5.2 Kurangnya Ketersediaan Vaksin 68

5.3 Pengetahuan yang Rendah 69

5.4 Jarak yang Jauh 71

BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN 73

6.1 Simpulan 73

6.2 Saran 73

DAFTAR PUSTAKA..... 75

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jadwal Imunisasi Dasar pada Bayi (Permenkes,2017) 20

Tabel 2.2 Keaslian penelitian 35

Tabel 4.1 Karakteristik partisipan dan anak yang belum imunisasi lengkap pada Wawancara Mendalam di kelurahan Dira Tana, kecamatan Kota Waikabubak Sumba Barat, November 2017 59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 *Health Belief Model*..... 32

Gambar 2.2 Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan..... 34

Gambar 3.1 Kerangka pikir penelitian fenomenologi mengapa orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi 48

Gambar 3.2 Kerangka kerja penelitian studi fenomenologi alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi..... 49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Permohonan Pengambilan Data Penelitian 79

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian 80

Lampiran 3 Penjelasan Penelitian 81

Lampiran 4 Persetujuan menjadi partisipan 83

Lampiran 5 Hasil Analisis 84

Lampiran 6 Etik penelitian 89

DAFTAR SINGKATAN

RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RENSTRA	: Rencana Strategi
IDL	: Imunisasi Dasar Lengkap
KIPI	: Kejadian Ikutan Paska Imunisasi
IDAI	: Ikatan Dokter Anak Indonesia
PERALMUNI	: Persatuan Alergi dan Imunologi Indonesia.
SDGs	: *Sustainable Development Goals*
UCI	: *Universal Child Immunization*
PD3I	: Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
NTT	: Nusa Tenggara Timur
HBM	: *Health Belief Model*
HiB	: *Haemophilus Influenza* Tipe B
HPV	: *Human Papillomavirus*
IPV	: Injeksi Polio Vaksin
OPV	: Oral Polio Vaksin
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sasaran dari Program Indonesia Sehat 2015 adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2016). Sasaran ini sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 dalam pedoman umum program indonesia sehat, salah satunya adalah meningkatnya pengendalian penyakit (Kemenkes, 2015). Masyarakat yang proaktif dalam berperilaku untuk meningkatkan kesehatannya, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari penyakit, serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat diperlukan demi mencapai sasaran tersebut. Tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*/*SDGs*) adalah menurunnya angka kematian bayi dan anak pada akhir tahun 2030 setinggi-tingginya 25 per 1.000 kelahiran hidup di seluruh negara (SDGs, 2015). Salah satu target keberhasilan kegiatan imunisasi adalah angka capaian *Universal Child Immunization* (UCI) sebesar 86% Desa/ Kelurahan yang cakupan Imunisasi Dasar Lengkapnya (IDL) sebanyak 93% di tahun 2015-2019 sesuai renstra (Kemenkes, 2015).

Penyakit yang disebabkan oleh infeksi masih menjadi masalah kesehatan di negara berkembang termasuk Indonesia. Penyakit infeksi merupakan penyebab utama kematian anak (Kemenkes, 2015). Penyakit infeksi yang cukup tinggi memerlukan upaya pencegahan, salah satunya adalah imunisasi.

Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) masih menyita perhatian. Diperkirakan di seluruh dunia pada tahun 2013 1 dari 5 anak atau sekitar 21,8 juta anak tidak mendapatkan imunisasi (Kemenkes, 2015). Pemerintah mencanangkan Program imunisasi lengkap pada bayi usia 0-11 bulan, yakni : BCG, Hepatitis B, DPT-HiB, Polio, dan Campak (Kemenkes, 2016)

Di Indonesia IDL mencapai 89, 9 % pada tahun 2013, menurun pada tahun 2014 dan 2015 masing-masing 86,9% dan 86,5% (Infodatin.RI, 2016).

Menurut data profil kesehatan NTT (2016), jumlah kematian bayi pada tahun 2011 adalah 1.272, dan mengalami kenaikan pada tahun 2012 yakni 1.350, pada tahun 2013 mengalami penurunan menjadi 1286 bayi dan pada tahun 2014 dan 2015 adalah 1.280 & 1.266. Sedangkan kematian balita pada tahun 2011 adalah 1.462 bayi dan di tahun 2012 mengalami peningkatan yang cukup signifikan yakni 1.617 kemudian sedikit menurun di tahun 2013 & 2014 yakni 1.407 & 1.408 bayi dan kembali mengalami peningkatan di tahun 2015 sebanyak 1.446 bayi. Sekitar 17% dari kematian anak di Indonesia disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Kemenkes RI, 2016).

Menurut data & informasi kesehatan Indonesia cakupan IDL provinsi NTT di tahun 2016 hanya 69,3% (Infodatin.RI, 2016). Data dan informasi dinas kesehatan NTT cakupan IDL di kabupaten Sumba Barat pada tahun 2015 adalah 54,2% dari total bayi 4.200 jiwa (Dinkes NTT, 2016). Cakupan ini dapat disimpulkan bahwa hanya ada 2.278 bayi usia 0-11 bulan yang diimunisasi dasar lengkap, capaian tersebut belum memenuhi target pemerintah pusat yang menetapkan cakupan IDL sebesar 91-93% maupun target pemerintah

Kabupaten/Kota sebesar 80 % di tahun 2015-2019. Oleh sebab itu perlu dilakukan penelitian tentang apa alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan cakupan imunisasi, seperti bekerja sama dengan lintas sektoral lainnya untuk menjamin akses pelayanan imunisasi di daerah terpencil dan sulit dijangkau, menjamin ketersediaan vaksin, pelatihan bagi petugas kesehatan serta upaya-upaya meningkatkan pengetahuan masyarakat melalui berbagai media dan iklan layanan masyarakat serta pendekatan keluarga (Kemenkes, 2017).

Tantangan yang dihadapi dalam meningkatkan capaian IDL diantaranya adalah kurangnya dukungan keluarga karena alasan keyakinan (Ruijs. *et al*. 2017). Capaian IDL di Kabupaten Sumba Barat provinsi Nusa Tenggara Timur belum pernah memenuhi target nasional maka untuk menemukan akar persoalannya diperlukan hasil penelitian yang nantinya oleh pemerintah dapat digunakan untuk mengambil kebijakan dalam usaha meningkatkan capaian IDL.

Sampai saat ini di Kabupaten Sumba Barat Provinsi Nusa Tenggara Timur belum pernah ada penelitian yang menjelaskan mengapa orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi. Oleh sebab itu perlu dilakukan penelitian yang menggali lebih lanjut apa alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi.

1.2 Perumusan Masalah.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka ditetapkan rumusan masalah sebagai berikut: “apa sajakah alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk imunisasi”.

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan uraian pada rumusan masalah maka tujuan dari penelitian ini adalah menjelaskan apa alasan orang tua di Kabupaten Sumba Barat tidak membawa anaknya untuk imunisasi.

1.4 Manfaat Penelitian

Diharapkan dengan adanya penelitian ini akan memberikan manfaat :

1. Manfaat Praktis :

   Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam pelaksanaan penyusunan program imunisasi untuk meningkatkan cakupan imunisasi di Kabupaten Sumba Barat.

2. Manfaat Teoritis :

   Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang apa alasan keluarga tidak membawa anaknya untuk diimunisasi dan pemikiran bagi perkembangan ilmu keperawatan khususnya tentang permasalahan pemberian imunisasi dasar.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Teori Imunisasi

2.1.1 Pengertian imunisasi

Imunisasi merupakan salah satu cara untuk memberikan kekebalan pada bayi dan anak terhadap berbagai penyakit, upaya pencegahan terhadap penyakit ini telah berhasil menurunkan morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) penyakit infeksi pada bayi dan anak sehingga imunisasi menjadi salah satu bagian terpenting pada tahun pertama bayi (Maryunani, 2010).

Imunisasi adalah suatu proses untuk memberikan imunitas spesifik terhadap mikroorganisme pathogen yang menyebabkan penyakit infeksi (PERALMUNI, 2012). Bahan yang digunakan untuk imunisasi disebut vaksin, yakni komponen aktif *(antigen)* yang digunakan untuk mencegah perkembangan penyakit di inang yang dibuat dari virus atau baketri yang toksinnya dilemahkan atau salah satu protein permukaannya. Komponen aktif *(antigen)* ini menginduksi respon imun di tubuh inang tanpa menimbulkan penyakit yang sebenarnya. Vaksin juga mengandung komponen tambahan, seperti bahan pengawet (*phenoxyethanol*, *phenol* dan *thiomersal* biasa mencegah kontaminasi dengan jamur atau bakteri), aditif (untuk menjaga keefektifan vaksin dengan menjaga antigen stabil selama penyimpanan), bahan pembantu yakni : berbagai garam aluminium untuk meningkatkan respons imun terhadap vaksin, dan bekas komponen lainnya seperti protein telur, ragi, cairan kultur sel, antibiotik, atau zat aktif yang tertinggal dari

proses yang digunakan untuk memproduksi vaksin. (Bumboiu dan Bocsan, 2005, hal. 39) dalam (Liliana 2014). Menurut kemenkes Imunisasi merupakan salah satu bentuk intervensi kesehatan yang sangat efektif dalam upaya menurunkan angka kematian bayi dan balita (Kemenkes, 2016). Dilihat dari sifat pemberiannya, dapat dibedakan menjadi imunisasi pilhan dan imunisasi dasar (wajib). Imunisasi pilihan adalah imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit tertentu. Imunisasi dasar atau wajib adalah imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yang diberikan pada bayi sebelum berusia satu tahun (Permenkes, 2017)

2.1.2 Tujuan imunisasi

Menurut Hidayat (2009), tujuan pemberian imunisasi adalah diharapkan anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sedangkan, menurut IDAI (2014) tujuan imunisasi antara lain adalah untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (*populasi*) atau bahkan menghilangkan penyakit tertentu dari dunia seperti pada imunisasi cacar *variola.*

2.1.3 Sasaran program imunisasi

Imunisasi dilakukan di seluruh Kelurahan di wilayah Indonesia. Imunisasi rutin diberikan kepada bayi di bawah umur satu tahun, wanita usia subur, yaitu

wanita berusia 15 hingga 39 tahun termasuk ibu hamil dan calon pengantin. Imunisasi pada bayi disebut dengan imunisasi dasar, sedangkan imunisasi pada anak usia sekolah dasar dan wanita usia subur disebut dengan imunisasi lanjutan. Vaksin yang diberikan pada imunisasi rutin meliputi, pada bayi: hepatitis B, BCG, Polio, DPT, dan campak. Pada usia anak sekolah: DT (*Difteri Tetanus*), campak dan *Tetanus Toksoid*. Pada wanita usia subur diberikan Tetanus Toksoid. Pada kejadian wabah penyakit tertentu di suatu wilayah dan waktu tertentu maka Imunisasi tambahan akan diberikan bila diperlukan. Imunisasi tambahan diberikan kepada bayi dan anak. Imunisasi tambahan sering dilakukan misalnya ketika terjadi suatu wabah penyakit tertentu dalam wilayah dan waktu tertentu, misalnya pemberian polio pada Pekan Imunisasi Nasional (PIN) dan pemberian imunisasi campak pada anak sekolah (IDAI, 2014)

Berdasarkan rekomendasi dari *SAGE* (*Strategic Advisory Group Of Expert On Immunnization*) dan kajian dari *Regional Review Meeting on Immunization WHO/ SEARO* di New Delhi dan *Indonesian Technical Advisory Group of Immunization (ITAGI)* pada tahun 2010 maka pemberian imunisasi Hib dikombinasikan dengan DPT-HB menjadi DPT-HB-Hib (*pentavalen*) untuk mengurangi jumlah suntikan pada bayi dan perlunya diintegrasikan ke dalam program imunisiasi nasional untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian bayi dan balita akibat pneumonia dan meningitis sehingga dapat tercapai target MDG's ke-4 "Angka Kematian Balita (AKABA) 24/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015" (Dinkes Kebumen, 2013)

2.1.4 Macam imunisasi

Berdasarkan proses atau mekanisne pertahanan tubuh, imunisasi dibagi menjadi dua yaitu imunisasi aktif dan imunisasi pasif. Aktif adalah bila tubuh anak ikut menyelenggarakan terbentuknya imunitas, sedangkan pasif adalah bila tubuh anak tidak bekerja membentuk kekebalan, tetapi hanya menerimanya saja. Imunisasi aktif merupakan pemberian zat sebagai antigen yang diharapkan akan terjadi suatu proses infeksi buatan, sehingga jika benar-benar terjadi infeksi, maka tubuh secara cepat dapat merespon (Mubarak, 2012)

Menurut (Hidayat 2009) dalam imunisasi aktif terdapat empat macam kandungan dalam setiap vaksinnya, yaitu antigen, pelarut, *preservatif, stabiliser, antibiotik,* dan *adjuvans*. Antigen berfungsi sebagai zat atau mikroba guna terjadinya semacam infeksi buatan (berupa *polisakarida, toksoid,* virus yang dilemahkan, atau bakteri yang dimatikan). Pelarut dapat berupa air steril atau berupa cairan kultur jaringan. *Preservatif, stabiliser*, dan antibiotik berguna untuk mencegah tumbuhnya mikroba sekaligus untuk stabilisasi antigen. Adjuvans terdiri atas garam alumunium yang berfungsi untuk meningkatkan imunogenitas antigen.

Cahyono (2010) menyebutkan bahwa berbeda dengan imunisasi aktif, imunisasi pasif adalah pemberian antibodi yang didapat dari luar tubuh, misalnya dengan suntikan bahan atau serum yang mengandung zat anti dari ibunya selama dalam kandungan. Kekebalan yang diperoleh dengan imunisasi pasif tidak bertahan lama. Sedangkan menurut (Hidayat, 2009), imunisasi pasif merupakan pemberian zat (imunoglobulin), yaitu suatu zat yang dihasilkan melalui suatu

proses infeksi yang dapat berasal dari plasma manusia atau binatang yang digunakan untuk mengatasi mikroba yang diduga sudah masuk dalam tubuh yang terinfeksi.

2.1.5 Jenis-jenis imunisasi dasar dan penyakit yang dapat dicegahnya.

Imunisasi dasar adalah imunisasi pertama yang perlu diberikan pada semua orang, terutama bayi dan anak sejak lahir untuk melindungi tubuhnya dari penyakit-penyakit yang berbahaya (Maryunani, 2010). Tahun 2013 pemerintah telah menambahkan Vaksin Hib (*Haemophilus Influenza* Tipe B), yang digabungkan dengan vaksin DPT-HB menjadi DPT-HB-Hib yang disebut vaksin pentavalen (Kemenkes, 2014).

Jenis-jenis imunisasi dasar sesuai yang diprogramkan pemerintah seperti yang tertuang dalam peraturan menteri kesehatan nomor 12 tahun 2017 adalah *hepatitis B, Poliomyelitis, tuberculosis, difteri, pertussis, tetanus, pneumonia* dan *meningitis* yang disebabkan oleh *Hemophilus Influenza* tipe b *(Hib)* dan campak (Permenkes, 2017).

Di tahun 2017 ditambahkan tiga jenis imunisasi untuk melengkapi program nasional IDL, yaitu : vaksin *Measles Rubella* (MR) untuk menggantikan vaksin campak, vaksin *Pneumococcus* sebagai proteksi bagi anak-anak dari ispa dan vaksin *Human Papillomavirus* (HPV) untuk mencegah kanker *serviks* (Kemenkes, 2017).

Vaksin DPT-HB-Hib diberikan 4 kali, pada usia 2, 3, 4 dan 18 bulan guna mencegah 6 penyakit, yaitu: *Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, Pneumonia* (radang paru) dan *Meningitis* (radang otak). Penyakit Difteri dapat menyebabkan

pembengkakan dan sumbatan jalan nafas, serta mengeluarkan racun yang dapat melumpuhkan otot jantung. Penyakit Pertusis berat dapat menyebabkan infeksi saluran nafas berat. Kuman Tetanus mengeluarkan racun yang menyerang syaraf otot tubuh, sehingga otot menjadi kaku, sulit bergerak dan sulit bernafas. Kuman *Haemophilus Influenza* tipe B dapat menyebabkan *Pneumonia* dan *Meningitis* (Kemenkes, 2014).

Dari lima jenis imunisasi yang telah dilaksanakan selama ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Imunisasi BCG *(Bacillus Celmette Guerin)*

   1) Pengertian

      Imunisasi BCG adalah imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberkulosis (TBC), yaitu penyakit paru-paru yang sangat menular (Maryunani, 2010).

   2) Pemberian Imunisasi

      Frekuensi pemberian imunisasi BCG adalah satu kali dan tidak perlu diulang *(boster).* Sebab, vaksin BCG berisi kuman hidup sehingga antibodi yang dihasilkannya tinggi terus. Berbeda dengan vaksin berisi kuman mati, hingga memerlukan pengulangan (Maryunani, 2010).

   3) Usia Pemberian Imunisasi

      Sedini mungkin atau secepatnya, tetapi pada umumnya di bawah 2 bulan. Jika diberikan setelah usia 2 bulan, disarankan dilakukan tes Mantoux *(tuberkulin)* terlebih dahulu untuk mengetahui apakah bayi sudah kemasukan kuman *Mycobacterium Tuberculosis* atau belum. Vaksinasi

dilakukan bila hasil tes-nya negative. Jika ada penderita TB yang tinggal serumah atau sering bertandang kerumah, segera setelah lahir bayi di imunisasi BCG (Maryunani, 2010).

4) Cara Pemberian Imunisasi

Pemberian imunisasi BCG dilakukan secara Intra Cutan (IC) dengan dosis 0.05 cc menggunakan jarum pendek yang sangat halus (10 mm,ukuran 26).Sebaiknya dilakukan ketika bayi baru lahir sampai berumur 12 bulan, tetapi sebaiknya pada umur 0-2 bulan. Hasil yang memuaskan trlihat apabila diberikan menjelang umur 2 bulan. BCG dilakukan di lengan kanan atas atau paha kanan atas (IDAI, 2014)

5) Tanda Keberhasilan Imunisasi

Timbul indurasi (benjolan) kecil dan eritema (merah) di daerah bekas suntikan setelah satu atau dua minggu kemudian, yang berubah menjadi pustule, kemudian pecah menjadi ulkus (luka). Tidak menimbulkan nyeri dan tidak diiringi panas (demam). Luka ini akan sembuh sendiri dan meninggalkan tanda parut. Jikapun indurasi (benjolan) tidak timbul, hal ini tidak perlu dikhawatirkan karena kemungkinan cara penyuntikan yang salah, mengingat cara menyuntikkannya perlu keahlian khusus karena vaksin harus masuk kedalam kulit. Jadi, meskipun benjolan tidak timbul, antibodi tetap terbentuk, hanya saja dalam kadar rendah. Imunsasi tidak perlu diulang, karena di daerah endemi TB, infeksi alamiah akan selalu ada. Dengan kata lain akan mendapat vaksinasi alamiah (Maryunani, 2010).

6) Efek Samping Imunisasi

Biasanya setelah suntikan BCG setelah 2 minggu akan terjadi pembengkakan kecil merah di tempat penyuntikan dengan garis tengah 10 mm akan sembuh sendiri dengan meninggalkan jaringan parut dengan garis tengah 3-7 mm (Proverawati & Andhini, 2010).

7) Kontra Indikasi Imunisasi

Seorang anak menderita penyakit kulit yang berat atau menahun, seperti eksim, furunkolis dan tidak boleh diberikan pada orang atau anak yang sedang menderita TBC (Proverawati & Andhini, 2010).

2. Imunisasi DPT (diphtheria, pertusis, tetanus)

1) Pengertian

Imunuisasi DPT merupakan imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap beberapa penyakit berikut ini: (a) Penyakit difteri, yaitu radang tenggorokan yang sangat berbahaya karena menimbulkan tenggorokan tersumbat dan kerusakan jantung yang menyebabkan kematian dalam beberapa hari saja. (b) Penyakit pertusis, yaitu radang paru (pernapasan), yang disebut juga batuk rejan atau batuk 100 hari. Karena sakitnya bisa mencapai 100 hari atau 3 bulan lebih. Gejalanya sangat khas, yaitu batuk yang bertahap, panjang dan lama disertai bunyi *"whoop"*/berbunyi dan diakhiri dengan muntah, mata dapat bengkak atau penderita dapat meninggal karena kesulitan bernapas. (c) Penyakit tetanus, yaitu penyakit kejang otot seluruh tubuh dengan

mulut terkunci / terkancing sehingga mulut tidak bisa membuka atau dibuka (Maryunani, 2010).

2) Pemberian Imunisasi dan usia pemberian Imunisasi

Pemberian imunisasi 3 kali (paling sering dilakukan), yaitu pada usia 2 bulan, 4 bulan dan 6 bulan. Namun, bisa juga ditambahkan 2 kali lagi, yaitu 1 kali di usia 18 bulan dan 1 kali di usia 5 tahun. Selanjutnya di usia 12 tahun, diberikan imunisasi TT (Maryunani, 2010).

3) Cara Pemberian Imunisasi

Cara pemberian imunisasi DPT adalah melalui injeksi Intramuskular. Suntikan diberikan di paha tengah luar atau subkutan dalam dengan dosis 0,5 cc. Pemberian vaksin DPT diberikan tiga kali mulai bayi berumur 2 bulan sampai 11 bulan dengan interval 4 minggu (Proverawati & Andhini, 2010).

4) Efek Samping Imunisasi

Biasanya, hanya gejala-gejala ringan, seperti sedikit demam dan rewel selama 1-2 hari, kemerahan, pembengkakan, agak nyeri atau pegal pegal pada tempat suntikan, yang akan hilang sendiri dalam beberapa hari, atau bila masih demam dapat diberikan obat penurun panas bayi. Atau bisa juga dengan memberikan minum cairan lebih banyak dan tidak memakaikan pakaian terlalu banyak (Proverawati & Andhini, 2010).

5) Kontra Indikasi Imunisasi

Imunisasi ini tidak boleh diberikan pada anak yang sakit parah dan menderita penyakit kejang demam kompleks. Juga tidak boleh diberikan

pada anak dengan batuk yang diduga mungkin sedang menderita batuk rejan dalam tahap awal pada penyakit gangguan kekebalan. Bila suntikan DPT pertama terjadi reaksi yang berta maka sebaiknya suntukan berikut jangan diberikan DPT lagi melainkan DT saja. Sakit batuk, filek dan demam atau diare yang sifatnya ringan, bukan merupakan kontra indikasi yang mutlak (Proverawati & Andhini, 2010)

3. Imunisasi Polio

1) Pengertian

Imunisasi Polio adalah imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan terhadap penyakit poliomyelitis, yaitu penyakit radang yang menyerang saraf dan dapat mengakibatkan lumpuh kaki. Imunisasi Polio adalah imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis (kandungn vaksin polio adalah virus yang dilemahkan) yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak (Maryunani, 2010).

2) Pemberian Imunisasi

Bisa lebih dari jadwal yang telah ditentukan, mengingat adanya imunisasi polio massal atau Pekan Imunisasi Nasional. Tetapi jumlah dosis yang berlebihan tidak akan berdampak buruk, karena tidak ada istilah overdosis dalam imunisasi (Maryunani, 2010).

3) Usia Pemberian Imunisasi

Waktu pemberian polio adalah pada umur bayi 0-11 bulan atau saat lahir (0 bulan), dan berikutnya pada usia bayi 2 bulan, 4 bulan, dan 6 bulan.

Kecuali saat lahir, pemberian vaksin polio selalu dibarengi dengan vaksin DPT (Maryunani, 2010).

4) Cara Pemberian Imunisasi

Di Indonesia dipakai vaksin sabin yang diberikan melalui mulut. Imunisasi dasar diberikan sejak anak baru lahir atau berumur beberapa hari, dan selanjutnya setiap 4-6 minggu. Vaksin ini diberikan sebanyak 2 tetes (0,1 ml) langsung ke mulut anak atau dengan sendok yang menggunakan larutan gula, setiap membuka vial baru harus menggunakan penetesv *(dopper)* yang baru (IDAI, 2014).

6) Efek Samping Imunuisasi

Pada imunisasi polio hampir tidak ada efek samping. Bila ada, mungkin berupa kelumpuhan anggota gerak seperti pada penyakit polio sebenarnya (Proverawati & Andhini, 2010)

7) Kontra indikasi imunisasi

Sebaiknya pada anak dengan diare berat atau yang sedang sakit parah, seperti demam tinggi (di atas 38°C) ditangguhkan. Pada anak yang menderita penyakit gangguan kekebalan tidak diberikan imunisasi polio. Demikian juga anak dengan dengan penyakit HIV/AIDS, penyakit kanker atau keganasan, sedang menjalani pengobatan steroid dan pengobatan radiasi umum untuk tidak diberikan imunisasi polio (Maryunani, 2010).

8) Tingkat Kekebalan

Bisa mencekal penyakit polio hingga 90 % (Maryunani, 2010).

4. Imunisasi Campak

1) Pengertian

Imunisasi campak adalah imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit campak (*morbili/measles*). Kandungan vaksin campak ini adalah virus yang dilemahkan. Sebenarnya, bayi sudah mendapat kekebalan campak dari ibunya. Namun seiring bertambahnya usia, antibodi dari ibunya semakin menurun sehingga butuh antibodi tambahan lewat pemberian vaksin campak. Penyakit campak mudah menular dan anak yang daya tahan tubuhnya lemah gampang sekali terserang penyakit yang disebabkan virus morbili ini. Namun, untungnya campak hanya diderita sekali seumur hidup. Jadi sekali terkena campak, setelah itu biasanya tidak akan terkena lagi (Maryunani, 2010).

2) Pemberian Imunisasi

Frekuensi pemberian imunisasi campak adalah satu kali (Maryunani, 2010)

3) Usia Pemberian Imunisasi

Imunisasi campak diberikan 1 kali pada usia 9 bulan, dan dianjurkan pemberiannya sesuai jadwal. Selain karena antibodi dari ibu sudah menurun di usia bayi 9 bulan, penyakit campak umumnya menyerang anak usia balita. Jika sampai usia 12 bulan anak belum mendapatkan imunisasi campak, maka pada usia 12 bulan anak harus diimunisasi MMR (Measles Mumps Rubella) (Maryunani, 2010).

4) Cara Pemberian Imunisasi

Sebelum disuntikan vaksin campak terlebih dahulu dilarutkan dengan pelarut kemudian disuntikan di lengan kiri atas secara subkutan.

5) Efek Samping Imunisasi

Biasanya tidak terdapat reaksi akibat imunisasi. Mungkin terjadi demam ringan dan terdapat efek kemerahan / bercak merah pada pipi di bawah telinga pada hari ke 7-8 setelah penyuntikan. Kemungkinan juga terdapat pembengkakan pada tempat penyuntikan (Maryunani, 2010).

6) Kontra Indikasi Imunisasi

Kontra indikasi pemberian imunisasi campak adalah anak : (a) Dengan penyakit infeksi akut yang disertai demam, (b) Dengan penyakit gangguan kekebalan, (c) Dengan penyakit TBC tanpa pengobatan, (d) Dengan kekurangan gizi berat, (e) Dengan penyakit keganasan, (f) Dengan kerentanantinggi terhadap protein telur, kanamisin dan eritromisin (antibiotik) (Maryunani, 2010).

5. Imunisasi Hepatitis B

1) Pengertian

Imunisasi Hepatitis B adalah imunisasi yang diberikan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit hepatitis B, yaitu penyakit infeksi yang dapat merusak hati. Imunisasi Hepatitis B adalah imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis, yang kandungannya adalah HbsAg dalam bentuk cair (Maryunani, 2010).

2) Pemberian Imunisasi

Frekuensi pemberian imunisasi hepatitis B adalah 3 kali (Maryunani, 2010).

3) Usia Pemberian Imunisasi

Sebaiknya diberikan 12 jam setelah lahir. Dengan syarat kondisi bayi dalam keadaan stabil, tidak ada gangguan pada paru-paru dan jantung. Kemudian dilanjutkan pada saat bayi berusia 1 bulan, dan usia antara 3-6 bulan. Khusus bayi yang lahir dari ibu pengidap hepatitis B, selain imunisasi yang diberikan kurang dari 12 jam setelah lahir, juga diberikan imunisasi tambahan dengan *immunoglobulin* anti hepatitis B dalam waktu sebelum usia 24 jam (Maryunani, 2010)

4) Cara Pemberian Imunisasi

Cara pemberian imunisasi hepatitis B adalah dengan cara intramuskuler (I.M atau i.m) di lengan deltoid atau paha anterolateral bayi (antero : otot-otot di bagian depan, lateral : otot bagian luar). Penyuntikan dibokong tidak dianjurkan karena bisa mengurangi efektivitas vaksin (Maryunani, 2010).

5) Efek Samping Imunisasi

Reaksi imunisasi yang terjadi biasanya berupa nyeri pada tempat suntikan, yang mungkin disertai dengan timbulnya rasa panas atau pembengkakan. Reaksi ini akan menghilang dalam waktu 2 hari. Reaksi lain yang mungkin terjadi ialah demam ringan (Proverawati & Andhini, 2010).

6) Tanda Keberhasilan

Tidak ada tanda klinis yang dapat dijadikan patokan. Tetapi dapat dilakukan pengukuran keberhasilan melalui pemeriksaan darah atau mengecek kadar hepatitis B-nya setelah anak berusia setahun. Bila kadarnya di atas 1000, berarti daya tahannnya 8 tahun. Di atas 500 tahan

selama 5 tahun. Di atas 200 tahan selama 3 tahun. Tetapi bila angkanya 100 maka dalam setahun akan hilang, sementara bila angka nol bayi harus disuntik ulang 3 kali lagi (Maryunani, 2010).

7) Kontra-Indikasi Imunisasi

Imunisasi tidak dapat diberikan kepada anak yang menderita penyakit berat. Dapat diberikan kepada ibu hamil dengan aman dan tidak akan membahayakan janin, bahkan akan memberikan perlindungan kepada janin selama dalam kandungan ibu maupun kepada bayi selama beberapa bulan setelah lahir (Proverawati & Andhini, 2010).

8) Tingkat Kekebalan

Cukup tinggi, antara 94-96. Umumnya, setelah 3 kali suntikan,lebih dari 95% bayi mengalami respon imun yang cukup (Maryunani, 2010).

2.1.6 Pedoman pemberian imunisasi

Imunisasi harus diberikan sesuai jadwal yang telah ditentukan dengan kadar tertentu yang disebut kadar protektif (kadar zat anti penyakit yang dapat melindungi). Jadwal imunisasi terbagi atas jadwal imunisasi dasar dan jadwal imunisasi ulangan. Ada yang cukup satu kali imunisasi, ada yang memerlukan beberapa kali imunisasi dan bahkan pada umur tertentu diperlukan ulangan imunisasi. Jadwal imunisasi tersebut dibuat berdasarkan rekomendasi WHO dan organisasi profesi yang berkecimpung dalam imunisasi setelah melalui uji klinis. Oleh karena itu, jika ada imunisasi yang belum diberikan sesuai jadwal yang seharusnya, atau imunisasi tertunda, imunisasi harus secepatnya diberikan atau dikejar (IDAI, 2014).

Umur yang tepat untuk mendapatkan imunisasi adalah sebelum bayi mendapat infeksi dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, berilah

imunisasi sedini mungkin segera setelah bayi lahir dan usahakan melengkapi imunisasi sebelum bayi berumur 1 tahun. Khusus untuk campak, dimulai segera setelah anak berumur 9 bulan. Pada umur kurang dari 9 bulan, kemungkinan besar pembentukan zat kekebalan tubuh anak dihambat karena masih adanya zat kekebalan yang berasal dari darah ibu (IDAI, 2014)

Urutan pemberian jenis imunisasi, berapa kali harus diberikan serta jumlah dosis yang dipakai juga sudah ditentukan sesuai dengan kebutuhan tubuh bayi. Untuk jenis imunisasi yang harus diberikan lebih dari sekali juga harus diperhatikan rentang waktu antara satu pemberian dengan pemberian berikutnya. Untuk lebih jelasnya, jadwal imunisasi dasar dijelaskan pada tabel berikut ini:

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar

Umur	Jenis Vaksin	Interval minimal untuk jenis imunisasi yang sama
0-24 jam	Hepatitis B	
1 bulan	BCG, Polio 1	
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2	
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3	1 bulan
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	
9 bulan	Campak	

Sumber : (Permenkes, 2017).

Catatan :

- Pemberian Hepatitis B paling optimal diberikan pada bayi < 24 jam pasca persalinan, dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya, khusus daerah dengan akses sulit, pemberian Hepatitis B masih diperkenankan sampai < 7 hari.
- Bayi lahir di institusi rumah sakit, klinik dan bidan praktik swasta, Imunisasi BCG dan Polio 1 diberikan sebelum dipulangkan.
- Pemberian BCG optimal diberikan sampai usia 2 bulan, dapat diberikan sampai usia < 1 tahun tanpa perlu melakukan tes mantoux.

- Bayi yang telah mendapatkan Imunisasi dasar DPT-HB-Hib 1, DPT-HB-Hib 2, dan DPT-HB-Hib 3 dengan jadwal dan interval sebagaimana Tabel 1, maka dinyatakan mempunyai status Imunisasi T2.
- IPV mulai diberikan secara nasional pada tahun 2016. Pada kondisi tertentu, semua jenis vaksin kecuali HB 0 dapat diberikan sebelum bayi berusia 1 tahun.

2.1.7 Kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI)

Untuk kepentingan oprasional kejadian ikutan pasca imunisasi didefinisikan sebagai semua kejadian sakit dan kematian yang terjadi dalam masa 1 bulan setelah imunisasi. Kriteria WHO *western pasifik* untuk memilih KIPI dalam lima kelompok penyebab yaitu :

1) Kesalahan program/ teknik pelaksanaan imunisasi

Sebagian besar kasus KIPI berhubungan dengan masalah program dan teknik pelaksanaan imunisasi yang meliputi kesalahan program penyimpanan, pengelolaan dan tata laksana pemberian vaksin, misalnya terjadi pada : (a) Dosis antigen (terlalu banyak), (b) Lokasi dan cara menyuntik, (c) Sterilisasi semprit dan jarum suntik, (d) Jarum bekas pakai, (e) Tindakan aseptik dan antiseptik, (f) Kontaminasi vaksin dan peralatan suntik, (g) Penyimpanan vaksin, (h) Pemakaian sisa vaksin, (i) Jenis dan jumlah pelarut vaksin, (j) Tidak memperhatikan petunjuk produsen (petunjuk pemakaian, indikasi kontra) (IDAI, 2014).

Kecurigaan terhadap kesalahan tata laksana perlu diperhatikan apabila terdapat kecenderungan kasus KIPI berulang pada petugas yang sama. Kecenderungan lain adalah apabila suatu kelompok populasi mendapat vaksin dengan *batch* yang sama tetapi tidak terdapat masalah atau apabila sebagian

populasi setempat dengan karakteristik serupa yang tidak diimunisasi tapi justru menunjukkan masalah tersebut (IDAI, 2014).

2) Reaksi suntikan

Semua gejala klinis yang terjadi akibat trauma tusuk jarum suntik baik langsung maupun tidak langsung harus dicatat sebagai reaksi KIPI. Reaksi suntikan langsung misal rasa sakit, bengkak dan kemerahan pada tempat suntikan, sedangkan reaksi suntikan tidak langsung misalnya rasa takut, pusing dan mual (IDAI, 2014).

3) Induksi vaksin (reaksi vaksin)

Gejala KIPI yang disebabkan induksi vaksin umumnya sudah dapat diprediksi terlebih dahulu karena merupakan reaksi simpang vaksin dan secara klinis biasanya ringan. Walaupun demikian dapat saja terjadi gejala klinis hebat seperti reaksi anafilaksis sistemik dengan resiko kematian. Reaksi simpang ini sudah teridentifikasi dengan baik dan tercantum dalam petunjuk pemakaian tertulis oleh produsen sebagai indikasi kontra, indikasi khusus, perhatian khusus, atau berbagai tindakan dan perhatian spesifik lainnya termasuk kemungkinan interaksi dengan obat atau vaksin lain. Petunjuk ini harus diperhatikan dan ditanggapi dengan baik oleh pelaksana imunisasi (IDAI, 2014).

4) Faktor kebetulan (koinsiden)

Indikator faktor kebetulan ditandai dengan ditemukannya kejadian yang sama disaat bersamaan pada kelompok populasi setempat dengan karakteristik serupa tetapi tidak mendapat imunisasi (IDAI, 2014).

5) Penyebab tidak diketahui

Bila kejadian atau masalah yang dilaporkan belum dapat dikelompokkan ke dalam salah satu penyebab maka untuk sementara dimasukkan ke dalam kelompok ini sambil menunggu informasi lebih lanjut. Biasanya dengan kelengkapan informasi tersebut akan dapat ditentukan kelompok penyebab KIPI.

2.1.8 Faktor-faktor yang menghambat tercapainya imunisasi dasar.

Penghambat tidak tercapainya cakupan imunisasi adalah seperti yang dapat dijelaskan di bawah ini :

1) Orang tua meyakini bahwa kejadian penyakit menular telah menurun beberapa dekade oleh karena kebersihan pribadi yang lebih baik, perbaikan sanitasi, nutrisi yang baik yang umumnya meningkatkan kualitas hidup. Beberapa orang tua mencontohkan teman dekatnya yang divaksinasi namun terkena penyakit dan bahkan mereka beranggapan bahwa memiliki penyakit tertentu seperti campak, gondok, dan rubela adalah penyakit masa kanak-kanak tanpa komplikasi yang serius dan akan mendapatkan kekebalan yang tahan lama setelah secara alami melawan penyakit, dibandingkan dengan vaksinasi tertentu (Liliana, 2014).
2) Orang tua meragukan kandungan dari beberapa jenis vaksin (Repalust *et al*. 2016)
3) Kesibukan keluarga, gaya hidup keluarga; persepsi keluarga tentang tubuh dan sistem kekebalan tubuh anak, mereka meyakini bahwa tubuh sudah memiliki antibody sendiri, risiko penyakit yang dirasakan tidak terlalu

mengancam, efikasi dan efek samping vaksin, keuntungan dari mengalami penyakit yang akan membuat anak kebal setelah sembuh dari sakit, pengalaman negatif sebelumnya dengan vaksinasi dan karena lingkungan social (Harmsen *et al*. 2013)

4) Karena alasan agama (Parasidis & Opel, 2017)
5) Kurangnya pasokan vaksin, pengetahuan ibu tentang imunisasi dan paparan ibu terhadap informasi tentang kesehatan anak yang kurang (Babalola & Lawan 2009) dan (Saitoh *et al*, 2013).
6) Bingung dengan jadwal imunisasi, keraguan terhadap keamanan vaksin dan kesibukan dalam bekerja (Luthy *et al*, 2009)
7) Sikap, norma subjektif, persepsi dan niat mempengaruhi kepatuhan orang tua dalam memberikan imunisasi bagi bayi mereka (Febriastuti *et al*, 2014) dan (Sarimin *et al*, 2014)
8) Pengetahuan, sikap dan motivasi orang tua serta informasi tentang imunisasi merupakan faktor yang mempengaruhi kelengkapan pemberian imunisasi dasar pada bayi (Triana, 2016) dan (Octaviani & Arief, 2015).

2.2 Persepsi

Persepsi merupakan hasil pengamatan seseorang terhadap sesuatu hal yang ada di lingkungan sekitar melalui panca indera. Persepsi diperoleh dengan cara meringkas informasi dari seseorang dan menafsirkan informasi tersebut, sehingga seseorang itu dapat memberikan tanggapan mengenai baik buruknya atau positif negatifnya informasi tersebut. Jadi persepsi pada dasarnya menyangkut hubungan

antara seseorang dengan lingkungannya melalui panca indera. Setelah seseorang menginderakan objek di lingkungannya, maka kemudian memproses hasil penginderaan itu, sehingga timbulah makna tentang objek itu (Leavitt (1992) dalam Desmita (2011) ; Slameto (2015)

Thoha (2002), dalam Khairani (2013) menyatakan proses terbentuknya persepsi seseorang didasari pada beberapa tahapan, yaitu stimulus atau rangsangan, registrasi, interpretasi, dan umpan balik *(feed back)*. Terjadinya persepsi diawali ketika seseorang dihadapkan pada suatu stimulus atau rangsangan yang hadir di lingkungannya. Dalam proses registrasi, suatu gejala yang nampak adalah mekanisme fisik yang berupa penginderaan. Interpretasi merupakan suatu aspek kognitif yang sangat penting, yaitu proses memberikan arti kepada stimulus yang diterimanya. Proses interpretasi bergantung pada cara pendalamannya, motivasi dan kepribadian seseorang. Setelah melalui proses interpretasi, informasi yang sudah diterima, dipersepsikan oleh seseorang dalam bentuk umpan balik terhadap stimulus.

Sedangkan menurut Walgito (2010), proses terjadinya persepsi dapat dijelaskan sebagai berikut: obyek akan menimbulkan stimulus, dan stimulus tersebut mengenai alat indera atau reseptor. Stimulus yang diterima oleh alat indera selanjutnya diteruskan oleh syaraf sensoris ke otak. Kemudian terjadilah proses di otak sebagai pusat kesadaran sehingga individu menyadari apa yang dilihat, atau apa yang didengar dan apa yang diraba. Proses yang terjadi dalam otak atau dalam pusat kesadaran inilah yang disebut sebagai proses psikologis. Dengan demikian dapat dikemukakan bahwa taraf terakhir dari proses persepsi

yaitu individu menyadari tentang apa yang dilihat, apa yang didengar, atau apa yang diraba, yaitu stimulus yang diterima melalui alat indera. Proses ini merupakan proses terakhir dari persepsi dan merupakan persepsi yang sebenarnya. Respon sebagai akibat dari persepsi dapat diambil oleh individu dalam berbagai macam bentuk.

Proses terjadinya persepsi sangat kompleks, dan ditentukan oleh dinamika yang terjadi dalam diri seseorang ketika ia mendengar, mencium, melihat, merasa, atau bagaimana dia memandang suatu obyek dan melibatkan aspek psikologis dan panca inderanya. Menurut Krech dan Crutcfield (1977) dalam Khairani (2013), faktor-faktor yang menentukan persepsi dibagi menjadi dua, yaitu faktor fungsional dan faktor struktural. Faktor fungsional adalah faktor yang berasal dari kebutuhan, pengalaman masa lalu dan hal-hal lain yang termasuk apa yang kita sebut sebagai faktor-faktor personal. Faktor fungsional yang menentukan persepsi adalah obyek-obyek yang memenuhi tujuan individu yang melakukan persepsi. Faktor struktural adalah faktor-faktor yang berasal semata-mata dari sifat stimulus fisik terhadap efek-efek syaraf yang ditimbulkan pada sistem saraf individu. Faktor-faktor struktural yang menentukan persepsi menurut teori Gestalt, bila kita ingin memahami suatu peristiwa, kita tidak dapat meneliti faktor-faktor yang terpisah tetapi memandangnya dalam hubungan keseluruhan.

Walgito (2010), menjelaskan ada beberapa faktor yang berperan dalam proses terjadinya persepsi, yaitu obyek yang dipersepsi, alat indera, syaraf, pusat susunan syaraf, dan perhatian. Obyek mampu menimbulkan stimulus. Stimulus tersebut dapat datang dari luar individu, maupun dari dalam individu yang bersangkutan.

Namun sebagian besar stimulus datang dari luar individu, yaitu sebagai obyek yang dipersepsi. Obyek persepsi dapat dibagi menjadi dua, yaitu obyek yang bukan manusia dan manusia. Apabila yang dipersepsi itu adalah manusia, maka orang yang dipersepsi akan dapat mempengaruhi orang yang mempersepsi. Alat indera, syaraf, dan pusat susunan syaraf merupakan hal yang saling berkaitan dalam proses mempersepsi. Alat indera atau reseptor merupakan alat untuk menerima stimulus, sedangkan syaraf sensoris adalah alat untuk meneruskan stimulus yang diterima oleh reseptor kepada pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran. Perhatian merupakan faktor yang berperan sebagai langkah persiapan atau kesediaan individu untuk mengadakan persepsi. Perhatian adalah memusatkan seluruh aktivitas individu yang ditujukan kepada sesuatu atau sekumpulan obyek. Ditinjau dari segi timbulnya, perhatian dibedakan menjadi dua. Yang pertama adalah perhatian spontan, yaitu perhatian yang timbul dengan sendirinya dan yang kedua perhatian tidak spontan yaitu perhatian yang ditimbulkan dengan sengaja (harus ada kemauan untuk menimbulkannya).

2.3 Teori-teori perubahan perilaku.

a) Teori *Health Belief Model (HBM)*

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh perilaku. Perilaku untuk mengubah seseorang menggunakan teori model perubahan perilaku menurut *Health Belief Model (HBM)*. *Health Belief Model* merupakan salah satu teori pertama perilaku kesehatan, dan tetap menjadi salah satu yang paling dikenal luas di lapangan. Teori ini ingin menjelaskan mengapa begitu

sedikit orang yang berpartisipasi dalam program untuk mencegah dan mendeteksi penyakit. Teori *Health Belief Model (HBM)* merupakan teori perubahan perilaku perubahan kesehatan dan model psikologis yang digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan dengan berfokus pada persepsi dan kepercayaan individu terhadap suatu penyakit (Priyoto, 2014)

Rosenstock 1982 dalam Gochman (1997), menuliskan bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa mempedulikan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau dengan pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut. Pendapat/ kepercayaan ini dapat sesuai dengan realitas, namun dapat pula berbeda dengan kenyataan yang dilihat orang lain. Meskipun berbeda dengan realitas, menurut Rosenstock, pendapat subyektif inilah yang justru merupakan kunci dari dilakukannya atau tidak dilakukannya suatu tindakan kesehatan. Artinya, individu itu baru akan melakukan suatu tindakan untuk menyembuhkan penyakitnya jika dia benar-benar merasa terancam oleh penyakit tersebut. Jika tidak, maka dia tidak akan melakukan tindakan apa-apa.

Priyoto (2014) mengemukakan bahwa kepercayaan seseorang tentang rentan atau tidak rentannya mereka terhadap penyakit, dan persepsi mereka tentang manfaat dari pencegahan penyakit, dipengaruhi oleh kesiapan seseorang untuk bertindak. Teori *Health Belief Model* didasarkan pada pemahaman bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang berhubungan dengan kesehatan berdasarkan persepsi dan kepercayaannya. Teori ini

dituangkan dalam enam segi pemikiran dalam diri individu, yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam diri individu untuk menentukan apa yang baik bagi dirinya, yaitu kerentanan, keseriusan, ancaman, manfaat, hambatan yang dirasakan, dan pencetus tindakan.

Kerentanan yang dirasakan *(perceived susceptibility)* atau risiko pribadi adalah salah satu persepsi yang lebih kuat dalam mendorong orang untuk mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan, semakin besar kemungkinan terlibat dalam perilaku untuk mengurangi risiko. Keseriusan yang dirasakan (p*erceived severity)* berkaitan dengan keyakinan/ kepercayaan individu tentang keseriusan atau keparahan penyakit. Persepsi keseriusan sering didasarkan pada informasi medis atau pengetahuan, juga dapat berasal dari keyakinan seseorang bahwa ia akan mendapat kesulitan akibat penyakit dan akan membuat atau berefek pada hidupnya secara umum (Priyoto, 2014).

Manfaat yang dirasakan *(perceived benefit)* berkaitan dengan manfaat yang akan dirasakan jika mengadopsi perilaku yang dianjurkan. Dengan kata lain, *perceived benefit* merupakan persepsi seseorang tentang nilai atau kegunaan dari suatu perilaku baru dalam mengurangi risiko terkena penyakit. Orang-orang cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya perilaku baru akan mengurangi risiko mereka untuk berkembangnya suatu penyakit. Hambatan yang dirasakan *(perceived barrier*) berhubungan dengan proses evaluasi individu sendiri atas hambatan yang dihadapi untuk mengadopsi perilaku baru. Persepsi tentang hambatan yang akan dirasakan

merupakan unsur yang signifikan dalam menentukan apakah terjadi perubahan perilaku atau tidak. Berkaitan perilaku baru yang akan diadopsi, seseorang harus percaya bahwa manfaat dari perilaku baru lebih besar daripada konsekuensi melanjutkan perilaku lama. Hal ini memungkinkan hambatan yang harus diatasi dan perilaku baru yang akan diadopsi (Priyoto, 2014).

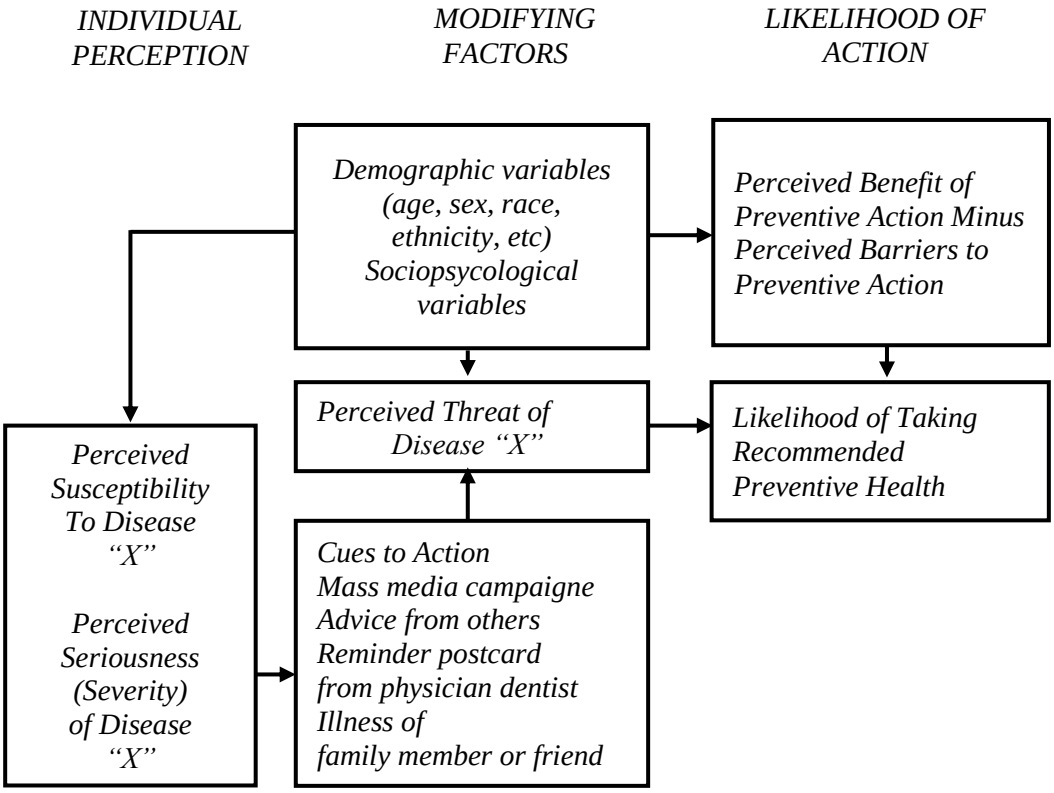
Health Belief Model menunjukkan perilaku yang juga dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak atau pencetus tindakan. Pencetus tindakan adalah peristiwa-peristiwa, orang, atau hal-hal yang menggerakkan orang untuk mengubah perilaku mereka. Isyarat untuk bertindak ini dapat berasal dari informasi media massa, nasihat dari orang-orang sekitar, pengalaman pribadi atau keluarga, artikel dan lain sebagainya.

Menurut Rosenstock (1982) dalam Gochman (1997) model kepercayaan kesehatan ini mencakup lima unsur utama. Pertama, persepsi individu tentang kemungkinannya terkena suatu penyakit *(perceived susceptibility)*. Mereka yang merasa dapat terkena penyakit tersebut akan lebih cepat merasa terancam. Kedua, pandangan individu tentang beratnya penyakit tersebut *(perceived seriousness)*, yaitu risiko dan kesulitan apa saja yang akan dialaminya dari penyakit itu. Makin berat risiko suatu penyakit, dan makin besar kemungkinannya bahwa individu itu terserang penyakit-penyakit tersebut. Ketiga, makin dirasakan besar ancamannya *(perceived threats)*. Ancaman ini mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit. Namun ancaman yang terlalu besar malah

menimbulkan rasa takut dalam diri individu yang justru menghambatnya untuk melakukan tindakan karena individu itu merasa tidak berdaya melawan ancaman tersebut. Guna mengurangi rasa terancam itu, ditawarkanlah suatu alternatif tindakan oleh petugas kesehatan. Apakah individu akan menyetujui alternatif yang diajukan petugas itu, tergantung pada pandangannya tentang manfaat dan hambatan dari pelaksanaan alternatif tersebut. Individu akan mempertimbangkan, apakah alternatif itu memang dapat mengurangi ancaman penyakit dan akibatnya yang merugikan. Namun sebaliknya, konsekuensi negatif dari tindakan yang dianjurkan itu (biaya yang mahal, rasa malu, takut akan rasa sakit, dsb) seringkali menimbulkan keinginan individu untuk justru menghindari alternatif yang dianjurkan petugas kesehatan. Keempat, menunjukkan *perceived benefits* dan *barriers* dari tindakan yang dianjurkan. Untuk akhirnya memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut (Rosenstock, 1982 dalam Gochman, 1997)

Selain keempat hal yang sudah disebutkan di atas, diperlukan satu lagi unsur yaitu faktor pencetus tindakan *(cues to action)* yang dapat datang dari diri individu (munculnya gejala-gejala penyakit itu) ataupun dari luar (nasihat orang lain, kampanye kesehatan, terserangnya/ tertularnya seorang teman atau anggota keluarga oleh penyakit yang sama, dan sebagainya). Bagi mereka yang memiliki motivasi yang rendah untuk bertindak (misalnya yang tidak percaya bahwa dirinya akan terserang penyakit itu, yang menganggap remeh akibat dari penyakit tersebut atau yang takut menerima pengobatan) diperlukan rangsangan yang lebih intensif untuk mencetuskan respons yang

diinginkan, sebab bagi kelompok semacam ini, penghayatan subyektif terhadap hambatan risiko negatif dari pengobatan penyakitnya, jauh lebih kuat daripada gejala objektif dari penyakit itu ataupun pandangan/ saran profesional petugas kesehatan. Tetapi bagi mereka yang sudah termotivasi untuk bertindak, maka rangsangan sedikit saja sudah cukup untuk menimbulkan respon tersebut (Rosenstock, 1982 dalam Gochman 1997).



Sumber : (Gochman, 1997)

Gambar 2.1 *Health Belief Model*.

b) Teori pemanfaatan pelayanan kesehatan

a. Predisposisi individu *(predisposing factor)*

Masing-masing individu memiliki kecenderungan yang berbeda dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Hal ini dapat diramalkan dengan

karakteristik pasien yang telah ada sebelum timbulnya episode sakit. Karakteristik ini meliputi : ciri demografi, struktur sosial dan kepercayaan tentang kesehatan (Andersen, 1995).

b. *Enabling factor*

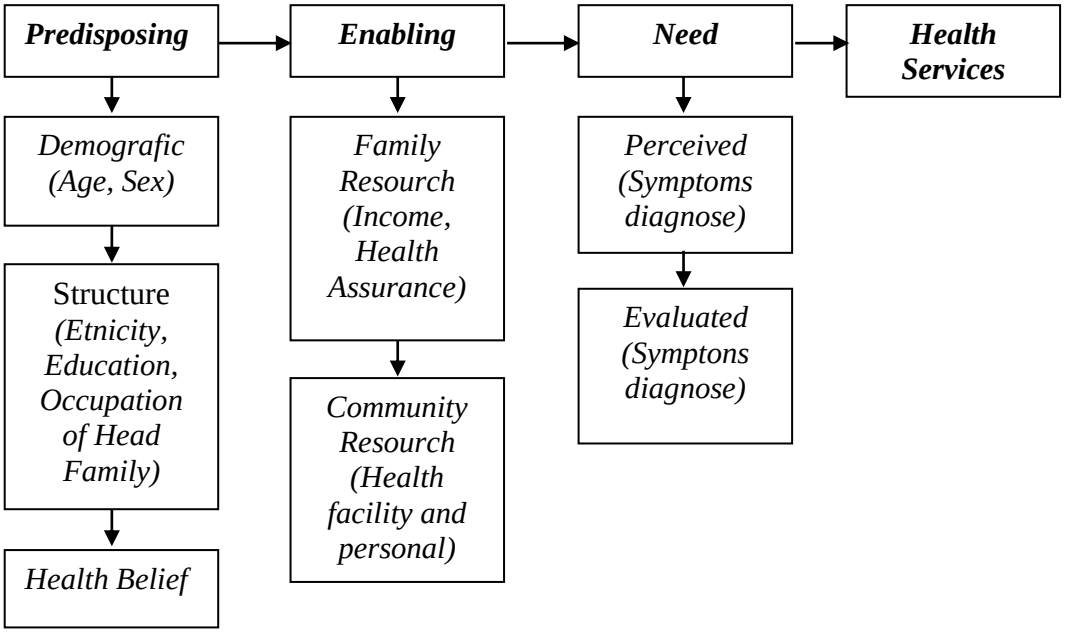
Faktor predisposisi harus didukung pula oleh hal-hal lain agar individu memanfaatkan pelayanan kesehatan. Faktor pendukung ini antara lain, pendapatan, asuransi kesehatan dan ketercapaian sumber pelayanan kesehatan yang ada. Bila faktor ini terpenuhi maka individu cenderung menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada pada saat sakit. Penderita penyakit yang tergolong berat (misalnya harus operasi atau rawat inap di rumah sakit), maka kondisi ekonomi merupakan penentu akhir bagi individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Andersen, 1995).

c. Karakteristik kebutuhan *(need factor)*

Faktor ini lebih menitikberatkan pada masalah apakah individu beserta keluarganya merasakan adanya penyakit, atau kemungkinan untuk terjadinya sakit. Kebutuhan diukur dengan *"perceived need"* dan *"evaluated need"* melalui : jumlah hari individu tidak bisa bekerja, gejala yang dialaminya, penilaian individu tentang status kesehatannya (Andersen 1995).

Salah satu faktor dalam predisposisi individu *(predisposing factor)* yang menentukan perilaku dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah kepercayaan tentang kesehatan *(health belief).* Kepercayaan tentang

kesehatan terkait dengan aspek persepsi, sikap dan pengetahuan tentang penyakit dan pelayanan kesehatan.



Sumber : (Andersen 1995)

Gambar 2.2 Model Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

2.4 Keaslian penelitian

Ada beberapa penelitian yang sebelumnya pernah dilakukan berkaitan dengan penelitian yang penulis lakukan antara lain:

Tabel 2.2 Keaslian penelitian

NO	JUDUL	METODE	HASIL
1	Parents' Refusal to Vaccinate Their Children: An Increasing Social Phenomenon Which Threatens Public Health. (Liliana, 2014)	D : Kualitatif S : 350 I : Observasi, wawancara / diskusi mendalam. A : Analisis tematik	24 kepala keluarga menolak anaknya diimunisasi dan 83 % atau 20 dari 24 kepala keluarga yang menolak imunisasi tersebut adalah berstatus social dan berpendidikan tinggi,mereka beralasan kwatir dengan meningkatnya jumlah vaksin yang direkomendasikan untuk bayi pada usia muda yang justru akan membebani sistem kekebalan tubuh yang belum matang. Orang tua yakin bahwa kejadian penyakit menular telah menurun beberapa dekade oleh karena kebersihan pribadi yang lebih baik, perbaikan sanitasi, nutrisi yang baik yang umumnya meningkatkan kualitas hidup. Beberapa orang tua mencontohkan teman dekatnya yang divaksinasi namun terkena penyakit dan bahkan mereka beranggapan bahwa memiliki penyakit tertentu seperti campak, gondok, dan rubela adalah penyakit masa kanak-kanak tanpa komplikasi yang serius dan akan mendapatkan kekebalan yang tahan lama setelah secara alami melawan penyakit, dibandingkan dengan vaksinasi tertentu.
2	***"Childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Croatia: insights from a***	D : Multi-stage stratified sampling design. S : 1000 orang usia 18-88 tahun	Hasilnya, terdapat beberapa alasan, yakni : pertama, ada yang menyetujui beberapa jenis vaksin dan jenis vaksin lainnya mereka ragukan. Kedua, mereka yang menolak vaksinasi anak-anak (10,6 %). Dan yang ketiga adalah mereka yang masih meragukan semua

NO	JUDUL	METODE	HASIL
	population-based" (Repalust et al, 2016)	I : Kuesioner A : Statistical analyses	vaksinasi (19,5 %).
3	***"Why parents refuse childhood vaccination: A qualitative study using online focus groups".*** (Harmsen et al, 2013)	D : Kualitatif S : 250 orang tua yang mempunyai anak usia 0 -4 tahun. I : Wawancara mendalam, observasi, FGD. A : Analis tematik	Hasil: ditemukan bahwa penolakan vaksinasi karena beberapa faktor, yakni : gaya hidup keluarga; Persepsi tentang tubuh dan sistem kekebalan tubuh anak (tubuh sudah memiliki antibody sendiri) ; Risiko penyakit yang dirasakan, efikasi dan efek samping vaksin; keuntungan dari mengalami penyakit yang akan membuat anak kebal setelah sembuh dari sakit; pengalaman negatif sebelumnya dengan vaksinasi dan yang terakhir adalah karena lingkungan sosial.
4	***"Parental refusal of childhood vaccines and medical neglect laws"*** (Parasidis & Opel, 2017)	D : Kuantitatif S : 9 kasus yang diambil dari database I : Database pangadilan A : Content analysis	Hasil pencarian menghasilkan 9 kasus dari 5 negara bagian. Sebagian besar pengadilan (7 dari 9) menganggap penolakan vaksin sebagai kelalaian. Hanya ada 4 kasus penolakan vaksin karena alasan agama.
5	**"*Factors Predicting BCG Immunization Status in Northern Nigeria: A Behavioral Ecological Prospective.*"** Babalola & Lawan (2009)	D : Kuantitatif S : 255 fasilitas kesehatan dengan tekhnik multi-stage random I : Kuesioner A : Content analysis	Hanya 37.3% anak-anak di Nigeria Utara yang sudah mendapatkan vaksinasi BCG. Kurangnya cakupan vaksinasi BCG dipengaruhi beberapa faktor diantaranya adalah faktor orang tua, karakteristik anak, masyarakat, pasokan vaksin dan kebijakan lingkungan. Pengetahuan ibu tentang imunisasi dan paparan ibu terhadap informasi tentang kesehatan anak merupakan salah satu penyebab dalam faktor orang tua.

NO	JUDUL	METODE	HASIL
6	**"*Perinatal Immunization Education Improves Immunization Rates and Knowledge: A Randomized Controlled Trial*". (**Saitoh et al. 2013)	D : Kuantitatif, (grup perlakuan dan control) S : 119 responden I : A :	Pendidikan imunisasi perinatal meningkatkan status imunisasi bayi 34,3% dibandingkan kelompok kontrol 8,3%, meningkatkan pengetahuan perempuan tentang imunisasi rata-rata ± SD 3,4 ± 1,8 dibandingkan kelompok kontrol SD 1,9 ± 1,9 dan niat memvaksinasi bayi 61,4% dibandingkan dengan kelompok kontrol 33,3%.
7	***"Parental Hesitation as A Factor in Delayed Childhood Immunization".*** (Luthy et al. 2009)	D : Kuantitatif S : 86 Partisipan dengan dengan tekhnik random sampling I : Kuesioner A : Statistical analyses	keterlambatan imunisasi diakibatkan karena mereka bingung dengan jadwal imunisasi (25,6%), keprihatinan terhadap keamanan vaksin (24,4%) dan kesulitan mencari waktu untuk mengimunisasi anaknya (23,3%). Sebagian besar responden menyatakan sumber informasi tentang imunisasi diperoleh dari penyedia layanan kesehatan (70,9%), diingatkan keluarga (12,8%) dan departemen kesehatan setempat (11,6%). Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa keterlambatan imunisasi disebabkan oleh hal diantaranya adalah: mereka ingin anaknya mendapatkan imunisasi di usia lebih tua (14%), mahalnya biaya imunisasi (10,5%), anaknya sakit saat jadwal imunisasi (9,3%), kehilangan kartu imunisasi (5,8%), masalah transportasi dan asuransi (3,5%). Respon yang paling umum dari responden tentang kekhawatiran setelah imunisasi adalah mereka khawatir rasa sakit yang akan dialami oleh anak mereka setelah imunisasi (34,9%), efek samping jangka pendek dari imunisasi seperti demam dan nyeri di lokasi imunisasi (29,1%) dan keamanan vaksin secara keseluruhan (24,4).

NO	JUDUL	METODE	HASIL
8	***"Parental Delay or Refusal of Vaccine Doses Childhood Vaccination Coverage at 24 Months of Age, and The Health Belief Model".*** **(**Smith et al. 2011)	D : Kuantitatif S : 11.206 orang tua I : Kuesioner A : Statistical analyses	Sekitar 60,2% orang tua dari anak umur 24-35 bulan tidak menunda maupun menolak vaksinasi, 25,8% menunda vaksinasi, 8,2% menolak vaksinasi, dan 5,8% menunda dan menolak vaksinasi. Dibandingkan dengan orang tua yang tidak menunda maupun yang menolak vaksin, orang tua yang menunda dan menolak vaksin lebih sedikit kemungkinannya untuk mempercayai bahwa vaksin diperlukan untuk melindungi kesehatan anak (70,1% vs. 96,2%), bahwa anak mereka mungkin terkena penyakit jika tidak diimunisasi (71,0% vs. 90%), bahwa vaksin itu aman (50,4% vs. 84,9%).
9	**"Kepatuhan Orang Tua dalam Pemberian Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Bayi 4-11 Bulan" (**Febriastuti et al. 2014)	D : Deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional S : 80 orang (accidental sampling) I : wawancara dan observasi. A : Analisis univariat, bivariat dan multivariat.	Sikap, norma subjektif, persepsi dan niat mempengaruhi kepatuhan orang tua dalam memberikan imunisasi bagi bayi mereka
10	"Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu dalam Pemberian Imuni sasi Dasar pada Balita". (Sarimin et al. 2014)	D : Cross sectional S : 33 responden (probability sampling techniques). I : Kuesioner A : Univariat dan bivariat	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan, pendidikan dan sikap dengan perilaku ibu dalam pemberian munisasi dasar.

NO	JUDUL	METODE	HASIL
11	"**Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi Tahun 2015"** **(**Triana, 2016)	D : Cross sectional S : 80 orang (*accidental sampling)* I : Wawancara dan observasi A : Univariat, bivariate dan multivariate.	Hasil analisis univariat diperoleh 47,50% responden memiliki status imunisasi tidak lengkap, berpendidikan rendah 5%, bekerja 30%, berpengetahuan rendah 48,75%, sikap negatif 50%, pelayanan kesehatan kurang 10%, hambatan 18,75% dan motivasi kurang 40%. Hasil analisis bivariat diperoleh *p-value* pengetahuan (0,007), sikap (0,014), motivasi (0,001), informasi (0,04), pendidikan (0,34), pekerjaan (0,66), pelayanan kesehatan (0,47), dan hambatan (0,43) tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan pemberian imunisasi. Hasil analisis multivariat diperoleh *p-value* variabel motivasi=0,0001. Pengetahuan, sikap dan motivasi orang tua serta informasi tentang imunisasi merupakan faktor yang mempengaruhi kelengkapan pemberian imunisasi dasar pada bayi.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Penelitian *kualitatif* dilakukan karena peneliti ingin mengekspor fenomena-fenomena yang tidak dapat dikuantifikasikan yang bersifat *deskriptif* seperti proses suatu langkah kerja, formula suatu resep, pengertian-pengertian tentang suatu konsep yang beragam, karakteristik suatu barang dan jasa, gambar, gaya, tata cara suatu budaya dan lain sebagainya. (Lincoln & Guba 1985)

Selain itu Sugiyono (2012) juga mengemukakan penelitian kualitatif sebagai metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *positivism*, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek alamiah, dimana peneliti adalah instrumen kunci, tekhinik pengumpulan data dengan triangulasi, analisis data bersifat induktif atau *kualitatif* dan hasil penelitian *kualitatif* lebih menekankan makna daripada generalisasi .

Menurut Sukmadinata (2012), penelitian *deskriptif kualitatif* ditujukan untuk mendeskripsikan dan menggambarkan fenomena-fenomena yang ada baik bersifat alamiah maupun rekayasa manusia yang lebih memperhatikan mengenai karakteristik, kualitas, keterkaitan antar kegiatan. Selain itu, penelitian *deskriptif* tidak memberikan perlakuan manipulasi atau pengubahan pada variabel-variabel yang diteliti, melainkan menggambarkan suatu kondisi yang apa adanya. Satu-

satunya perlakuan yang diberikan hanyalah penelitian itu sendiri yang dilakukan melalui observasi, wawancara dan dokumentasi.

Penelitian *deskriptif* bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Deskripsi peristiwa dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual daripada data penyimpulan. Fenomena disajikan secara apa adanya tanpa manipulasi dan peneliti tidak mencoba menganalisis bagaimana dan mengapa fenomena tersebut bisa terjadi oleh karena penelitian jenis ini tidak memerlukan adanya suatu hipotesis (Nursalam, 2017)

Berdasarkan beberapa penjelasan ahli di atas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa penelitian *deskripsi kualitatif* yaitu rangkaian kegiatan untuk memperoleh data yang bersifat apa adanya dan hasilnya lebih menekankan makna dan bersifat induktif. Peneliti menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif karena penelitian ini mengeksplor fenomena di Provinsi Nusa Tenggara Timur Kabupaten Sumba Barat dimana orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi.

3.2 Partisipan

Pada penelitian ini digunakan istilah partisipan untuk menyebut responden yang diteliti. Jumlah partisipan dalam penelitian *kualitatif* biasanya antara 5 sampai 10 orang, tetapi jika saturasi telah tercapai dimana tidak ada lagi informasi baru yang didapatkan pada pertanyaan yang sama maka pengambilan data dapat dihentikan dan jumlah partisipan tidak ditambah (Creswell, 2013)

Pada penelitian ini, teknik *sampling* yang digunakan peneliti adalah menggunakan teknik *snowball sampling* atau *chain referral sampling*. Menurut Afiyanti & Rachmawati, (2014) *snowball sampling* adalah pengambilan sampel yang dilakukan secara berantai dari satu partisipan kepada partisipan lainnya. Calon partisipan berikutnya dipilih berdasarkan informasi, ditunjuk atau di usulkan oleh partisipan sebelumnya yang telah diwawancarai. Dengan kata lain partisipan sebelumnya menunjuk atau menentukan calon partisipan yang lainnya. Peneliti berusaha melibatkan partisipan yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, sehingga dapat dipastikan data yang diperoleh akan sesuai dengan konteks fenomena yang diteliti.

Kriteria yang ditentukan peneliti dalam pemilihan partisipan pada penelitian ini antara lain:

a. Partisipan adalah ibu maupun ayah atau keluarga yang bertanggungjawab dalam keluarga atau memegang peranan untuk imunisasi,
b. Partisipan sudah dewasa dan mampu bertanggung jawab atas informasi yang disampaikan selama penelitian.
c. Partisipan yang saat penelitian usia anaknya adalah 18 bulan dan tidak membawa anaknya untuk diimunisasi dasar / wajib.

3.3 Jaminan Kerahasiaan Data

Peneliti menjamin kerahasiaan identitas serta informasi yang Bapak atau Ibu berikan dalam bentuk kode yang tidak dimengerti oleh orang lain selain peneliti.

Informasi yang Bapak atau Ibu berikan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud lain.

3.4 Instrumen Penelitian dan Alat Bantu Pengumpulan Data

Dalam metode *kualitatif*, peneliti sendiri adalah alat pengumpulan data dan tidak dapat diwakilkan atau didelegasikan (Raco, 2010). Itu berarti bahwa peneliti terlibat langsung dengan peserta atau partisipan. Peneliti mengumpulkan datanya sendiri secara langsung agar peneliti benar-benar mengenal partisipan.

Alat pengumpulan data dalam penelitian *kualitatif* ini adalah pedoman wawancara, perekam suara (*handphone*), alat tulis dan catatan lapangan (*field note*). Dalam proses penelitian ini, peneliti menggunakan prinsip *immersion* yaitu memposisikan diri seolah-olah menjadi bagian dari fenomena yang diamati. Pada saat menggali data penelitian, peneliti mengabaikan segala asumsi pribadi terkait fenomena yang diteliti, mengesampingkan pengetahuan dan pemahaman pribadinya, serta berusaha sepenuhnya untuk memposisikan diri sebagai partisipan dan memandang segala sesuatu dari perspektif partisipan. Konsep ini disebut dengan *epoche* atau *bracketing* (Creswell, 2013).

Sebelum wawancara dilaksanakan peneliti mempersiapkan hal-hal berikut:

1. Pengisian form kode partisipan

   Pengkodean partisipan berdasarkan pada nomor urutan dilaksanakannya wawancara dengan partisipan. Penggunaan kode partisipan digunakan untuk dapat menjamin kerahasiaan partisipan.

2. Pencatatan tanggal dan waktu pengambilan data

   Pencatatan tanggal dan waktu pengambilan data akan digunakan oleh peneliti pada saat memvalidasi hasil wawancara dengan partisipan.

3.5 Tempat dan Waktu Penelitian

3.5.1 Tempat penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Kabupaten Sumba Barat Provinsi Nusa Tenggara Timur berdasarkan pertimbangan bahwa Kabupaten Sumba Barat capaian IDL nya hanya 54,2 % pada tahun 2016.

3.5.2 Waktu penelitian

Dilaksanakan sejak dilakukan studi pendahuluan pada tanggal 17 September sampai dengan bulan Oktober 2017.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah melalui observasi dan wawancara mendalam *(indept interview).*

Martha & Kresno (2016) menuliskan, observasi adalah pencatatan yang sistematis dan perekaman peristiwa, perilaku sosial tempat studi berlangsung dan merupakan metode dasar yang sangat penting dalam penelitian kualitatif yang digunakan untuk menemukan interaksi dalam situasi sosial yang sebenarnya, sedangkan wawancara mendalam adalah jenis wawancara yang dilakukan oleh seorang pewawancara untuk menggali informasi, memahami pandangan,

kepercayaan, pengalaman, pengetahuan informen mengenai sesuatu hal secara utuh.

3.6.1 Tahap persiapan

Tahap persiapan dimulai dengan peneliti meminta surat pengantar pemintaan ijin penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat, setelah mendapat surat ijin penelitian dari dinas kesehatan peneliti menetapkan calon partisipan sesuai dengan kriteria penelitian.

Peneliti mengidentifikasi calon partisipan berdasarkan data dari penanggungjawab program imunisasi. Sebelum peneliti melakukan pengumpulan data terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada pengelola imunisasi di puskesmas tempat partisipan berdomisili. Setelah mendapat informasi secara umum mengenai kondisi partisipan, peneliti mendatangi partisipan untuk melakukan pendekatan dan menjelaskan tujuan secara langsung ke calon partisipan kemudian memberi lembar *informed consent* pada partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah partisipan membaca lembar *informed consent* dan memberikan persetujuannya (tanda tangan) maka peneliti membuat kontrak dengan partisipan mengenai waktu dan tempat pelaksanaan wawancara.

3.6.2 Tahap pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan peneliti melakukan wawancara dan observasi dengan tiga fase yaitu:

1) Fase Orientasi

Fase orientasi dimulai setelah surat pernyataan kesediaan menjadi partisipan (*informed consent*) dan surat pernyataan untuk direkam dengan *handphone* sebagai bukti persetujuan ditandatangani. Peneliti pada tahap orientasi mencoba menanyakan kondisi kesehatan partisipan dan keluarganya secara umum untuk mengidentifikasi sejauh mana kesiapan partisipan untuk dilakukan wawancara. Peneliti menciptakan suasana lingkungan yang nyaman dengan duduk berhadapan dan mencoba untuk menjaga privasi partisipan selama wawancara berlangsung. Peneliti menyiapkan *handphone* yang digunakan untuk merekam percakapan selama wawancara dan menyiapkan alat tulis untuk mengidentifikasi bahasa *non verbal* partisipan selama wawancara. Peneliti juga mengidentifikasi posisi *handphone* yang tepat agar dapat merekam semua percakapan selama wawancara dengan jelas. Peneliti melakukan wawancara pada partisipan dengan posisi berhadapan dengan jarak yang cukup dekat (kurang lebih 100 cm) dengan pertimbangan *handphone* dapat merekam pembicaraan dengan jelas. *handphone* diletakkan ditempat terbuka dengan jarak kurang lebih 30-50 cm dari partisipan.

2) Fase Kerja

Peneliti memulai wawancara mendalam kepada partisipan dengan mengajukan pertanyaan kepada partisipan mengenai “Bagaimana kesehatan anak-anaknya” sambil mengobservasi keadaan kesehatan anak dan rekapan kartu menuju sehat (jika memiliki KMS dan anak turut hadir). Pertanyaan inti tersebut digunakan untuk mendapatkan kesan secara umum dan menjalin keakraban dengan partisipan. Pada penelitian ini, peneliti menyediakan panduan wawancara yang berisi pertanyaan terbuka untuk menguraikan

pertanyaan inti tersebut. Panduan wawancara tersebut berisi pertanyaan-pertanyaan khusus yang menjawab dari tujuan penelitian. Peneliti memberikan gambaran secara umum terkait dengan pertanyaan inti tersebut, setelah partisipan tidak dapat memahami pertanyaan peneliti, maka peneliti menguraikan pertanyaan inti tersebut dalam beberapa pertanyaan sesuai dengan panduan wawancara. Peneliti berusaha tidak memberikan penilaian berdasarkan pemahaman atau pengalaman yang dimiliki oleh peneliti terhadap jawaban yang diberikan oleh partisipan. Proses wawancara pada penelitian berlangsung selama 30-60 menit untuk setiap partisipan, diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh sesuai tujuan penelitian melalui saturasi.

Peneliti menuliskan catatan lapangan (*field note*) yang penting dengan tujuan penelitian untuk melengkapi hasil wawancara agar tidak lupa dan membantu unsur kealamiahan data yang didapatkan selama wawancara. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumetasikan suasana, ekspresi wajah, perilaku dan respon *non verbal* partisipan selama proses wawancara. Catatan lapangan tersebut disusun kedalam suatu *form* panduan catatan lapangan yang menggambarkan respon partisipan selama wawancara berlangsung. Catatan lapangan ditulis ketika wawancara berlangsung dan digabungkan pada transkrip.

3) Fase terminasi

Terminasi dilakukan apabila semua pertanyaan yang ingin ditanyakan sudah selesai dijawab oleh partisipan. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih atas partisipasi dan kerjasama partisipasi selama

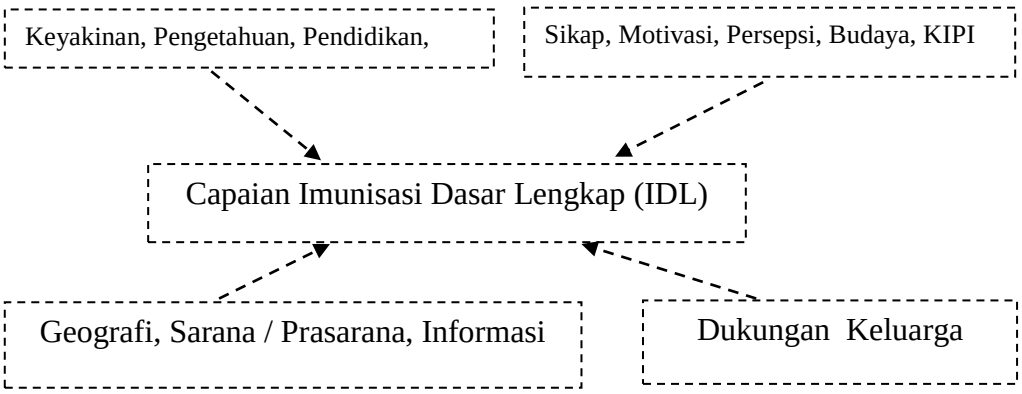
wawancara. Peneliti kemudian membuat kontrak kembali dengan partisipan untuk pertemuan selanjutnya yaitu untuk validasi data.

3.6.3 Tahap terminasi

Peneliti melakukan validasi transkrip akhir pada semua partisipan. Peneliti memberikan penjelasan jika ada partisipan yang belum memahami tentang tema yang diangkat. Peneliti menyatakan pada partisipan bahwa proses penelitian telah berakhir dengan adanya validasi data sudah dilakukan. Peneliti mengucapkan terima kasih atas kesediaan dan kerjasama partisipan selama proses penelitian.

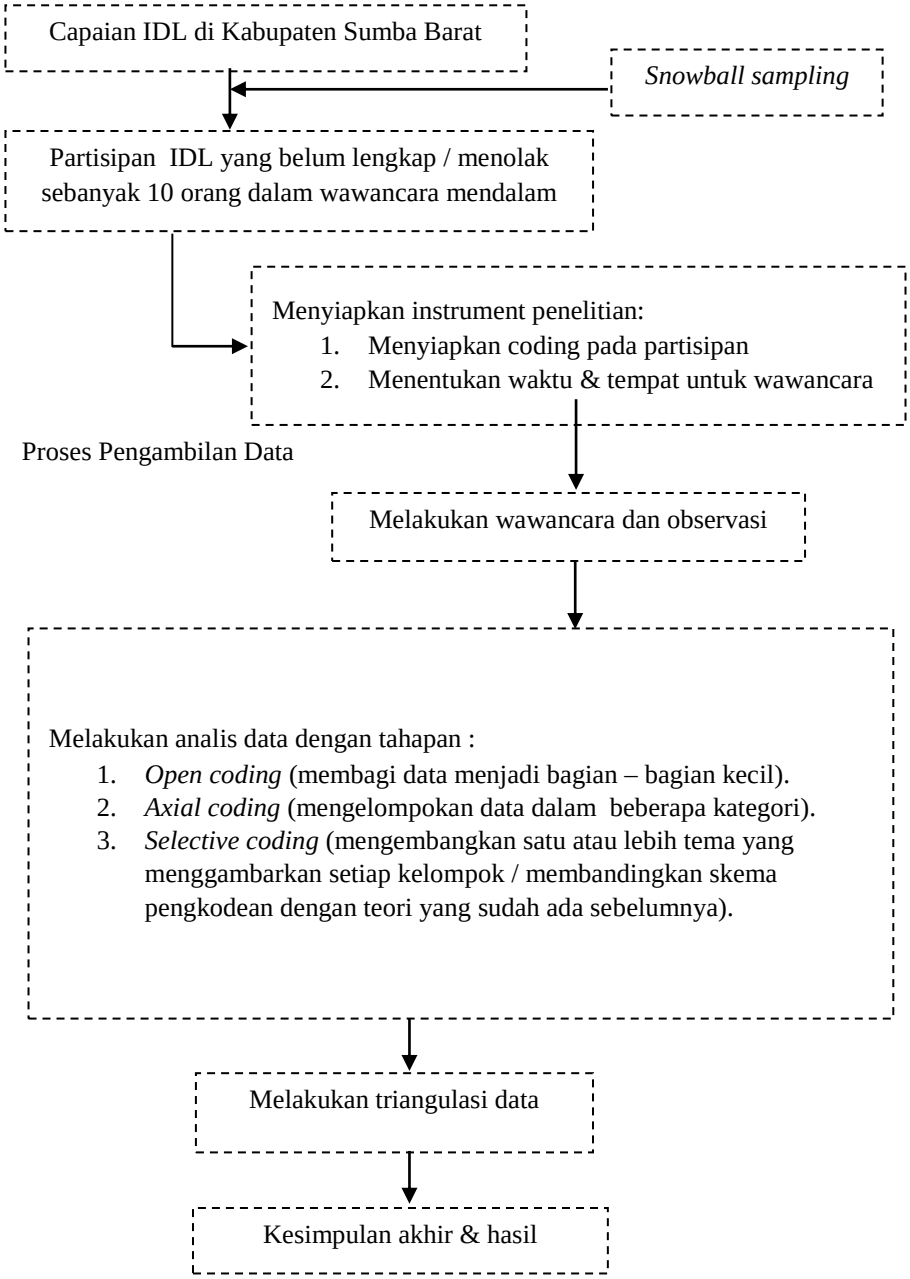
3.7 Kerangka Pikir

Mengacu pada faktor-faktor yang berhubungan dengan IDL telah dipaparkan, kerangka pikir dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1
Kerangka pikir penelitian fenomenologi mengapa orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi

3.8 Kerangka Kerja



Gambar 3.2
Kerangka kerja penelitian studi fenomenologi mengapa orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi.

3.9 Analisis Data

Analisis data penelitian kualitatif bertujuan mengorganisir data menjadi lebih terstruktur dan mendapatkan makna dari data yang telah diperoleh. Penelitian kualitatif seringkali menggabungkan analisis data dan pengumpulan data secara bersamaan, tidak menunggu seluruh data terkumpul terlebih dahulu, sehingga pencarian akan tema dan konsep yang penting terjadi setelah data diperoleh (Polit & Beck, 2012)

Untuk melakukan proses analisis data secara rinci, peneliti mengacu pada alur tahapan yang ditawarkan oleh Strauss dan Corbin 1990 dalam Martha & Kresno, (2016) sebagai berikut :

1. Koding terbuka (*Open Coding*): secara ringkas dapat disimpulkan bahwa koding terbuka memungkinkan kita mengidentifikasi kategori-kategori;
2. Koding aksial (*Axial Coding*): mengorganisasikan data dengan cara baru melalui dikembangkannya hubungan-hubungan (koneksi) diantara kategori-kategori, atau diantara kategori dengan sub kategori-sub kategori dibawahnya.
3. Koding selektif (*Selective Coding*): yakni peneliti menyeleksi ketegori yang paling mendasar, secara sistematis menghubungkannya dengan kategori-kategori yang lain dan menvalidasi hubungan tersebut.

3.10 Etika Penelitian

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2016 Tentang Komisi Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Nasional Pasal 1 ayat 2 (Permenkes, 2016) menyatakan etik penelitian dan pengembangan kesehatan adalah prinsip/kaidah dasar yang harus diterapkan dalam pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan yang meliputi : 1) prinsip menghormati harkat martabat manusia (*respect for persons*), 2) prinsip berbuat baik (*beneficence*) dan tidak merugikan (*non-maleficence*), dan 3) prinsip keadilan (*justice*).

1. Prinsip *Respect for persons*

Peneliti memberikan kewenangan penuh dan hak dalam membuat keputusan secara sadar dan dapat dipahami dengan baik (*respect for persons).* Partisipan memiliki kebebasan tanpa ada paksaan untuk berpartisipasi maupun menolak keikutsertaan dalam penelitian ini. Peneliti akan menemui partisipan untuk memberi penjelasan tujuan, manfaat, prosedur, serta peran calon partisipan. Peneliti juga meminta calon partisipan untuk menandatangani *informed consent* sebagai partisipan. Peneliti memberikan kesempatan partisipan mempertimbangkan keputusan untuk ikut serta atau menolak dalam penelitian. Jika calon partisipan tidak bersedia untuk terlibat dalam penelitian maka peneliti tidak akan memaksakan untuk menandatangani *informed consent*.

Untuk memenuhi prinsip *anonymity*, peneliti berkewajiban untuk tidak mempublikasikan identitas partisipan dengan mengganti nama partisipan dengan kode partisipan yaitu P1, P2 sampai sejumlah partisipan. Sedangkan untuk *confidentiality*, peneliti menjamin kerahasian informasi dan data yang diperoleh partisipan. Hal ini dilakukan dengan menyimpan data yang hanya

bisa diakses oleh peneliti dalam bentuk data rekaman, hasil analisis dan laporan yang akan disimpan dalam waktu 5 tahun dan kemudian akan dimusnahkan dengan menghapus setiap data rekaman. Sedangkan untuk data dalam bentuk *hard copy* juga akan disimpan oleh peneliti dan satu-satunya institusi yang memiliki hak publikasi atas izin peneliti adalah Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

2. *Beneficence* dan *Non-Maleficence*

Dalam penelitian ini, prinsip *beneficience* dan *non-maleficence* (kemanfaatan dan tidak merugikan) diterapkan peneliti dalam menggali mengapa orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi. Partisipan diposisikan sebagai sumber data demi kepentingan peneliti dengan menghargai setiap ungkapan partisipan sebagai masukan bagi pengembangan keperawatan dan kepentingan kesehatan anak.

3. *Justice*

Prinsip etik *justice* yaitu semua partisipan diperlakukan dengan pendekatan dan prosedur yang sama, tanpa membedakan satu sama lain. Peneliti memberikan alur pertanyaan yang sama kepada setiap partisipan sesuai dengan panduan wawancara. Selama menggali data, peneliti tidak hanya bersikap sebagai seorang yang profesional dan berkepentingan terhadap data penelitian, akan tetapi peneliti juga memberikan bantuan kepada partisipan terkait hal-hal yang masih menjadi kesulitan bagi partisipan. Saat partisipan kurang memahami pertanyaan, maka peneliti berupaya agar pertanyaan menjadi lebih mudah dipahami. Selain itu peneliti

juga membantu partisipan jika mengalami kesulitan dalam menemukan kata yang sesuai dengan apa yang ingin diungkapkan tanpa berupaya untuk mengarahkan jawaban.

3.11 Keabsahan data

Salah satu komponen inti yang menentukan kualitas *output* dari keseluruhan proses penelitian kualitatif adalah keabsahan data (*trustworthiness*). Dalam penelitian ini menggunakan pendekatan triangulasi sumber data untuk meyakinkan validitas data. Triangulasi adalah suatu cara mendapatkan data yang benar-benar absah dengan menggunakan pendekatan metode ganda. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data dengan cara memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu sendiri, untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Lincoln & Guba, 1985)

Pada penelitian ini, peneliti akan menggunakan pendekatan Triangulasi metodelogis (*Methodological triangulation*), yaitu menggunakan beragam metode untuk mengkaji problem tunggal. Triangulasi metode dapat dilakukan dengan menggunakan lebih dari satu teknik pengumpulan data untuk mendapatkan data yang sama. Pelaksanaan yang akan dilakukan dalam penelitian ini yaitu dengan metode observasi, wawancara mendalam.

Pada penelitian ini, untuk dapat menjamin keabsahan data maka peneliti menerapkan tiga kriteria keabsahan data, yaitu *dependability, confirmability, dan transferability* (Lincoln & Guba, 1985)

1) Kebergantungan (*dependability*), bermakna sebagai reliabilitas atau kestabilan data dari masa ke masa dan kondisi ke kondisi. Salah satu teknik mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan terperinci oleh seorang penelaah eksterna. Penelaah yang dilibatkan adalah pembimbing penelitian dan rekan sejawat yang menggunakan metode kualitatif dalam penelitiannya.
2) *Transferability* atau keteralihan merupakan validitas eksternal yang dinilai dari dapat atau tidaknya hasil penelitian untuk diterapkan pada tempat atau waktu yang lain dengan konteks situasi yang sama dengan saat penelitian dilakukan. Hasil pada penelitian kualitatif memang tidak untuk digeneralisasikan pada keseluruhan populasi, akan tetapi untuk diterapkan pada situasi dengan konteks yang sama pada saat penelitian dilakukan.
3) Standar *transferability* terpenuhi jika pembaca penelitian telah memperoleh gambaran yang jelas dari hasil penelitian dan dapat menerapkannya pada situasi dengan konteks yang sama . Untuk mencapai hal ini, peneliti menggali data-data subyektif melalui pendekatan yang mengutamakan obyektivitas. Obyektivitas diperoleh melalui penerapan prinsip *bracketing*. Dalam menerapkan prinsip *bracketing*, peneliti telah mengesampingkan semua interpretasi pribadinya tentang fenomena yang sedang diteliti, terutama saat melakukan pengumpulan data dan analisis data. Peneliti sepenuhnya menggunakan sudut pandang partisipan sehingga deskripsi dari fenomena yang diamati adalah murni dari sudut pandang partisipan tanpa inferensi

dengan sudut pandang peneliti. *Transferability* juga diperoleh melalui metode penggalian data yang sama antar partisipan, serta bentuk-bentuk pertanyaan yang sama. Alur wawancara pun telah dilakukan sama antar partisipan. Prinsip *confirmability* menekankan pada obyektivitas dan netralitas data. Penelitian dikatakan obyektif bila hasil penelitian telah disepakati partisipan. Dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Peneliti melakukan konfirmasi dengan menunjukkan transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkategorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing penelitian dan partisipan.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang didapatkan dari serangkaian wawancara yang dilakukan peneliti tentang alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi di kelurahan Dira Tana Kecamatan Kota Waikabubak Kabupaten Sumba Barat NTT. Penyajian penelitian dilakukan dalam tiga bagian utama, yaitu bagian pertama memberikan uraian tentang gambaran umum lokasi penelitian, bagian kedua memberikan uraian tentang karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian dan bagian ketiga memberikan analisis tema yang mencakup deskripsi hasil wawancara. Peneliti memperoleh 4 (empat) tema yang memberikan suatu gambaran mengenai alasan orang tua di kelurahan Dira Tana Kecamatan Kota Waikabubak Kabupaten Sumba Barat NTT tidak membawa anaknya untuk diimunisasi.

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini berada di wilayah kerja Puskesmas Wee Karou, kelurahan Dira Tana Kecamatan Kota Waikabubak Kabupaten Sumba Barat NTT. Menurut data pengelola imunisasi puskesmas, anak yang belum diberi imunisasi dasar lengkap berjumlah 25 anak dari total 90 anak berumur 10-18 bulan. Jumlah tersebut merupakan yang tertinggi dari total dua desa dan lima kelurahan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Wee Karou. Jumlah tenaga

kesehatan yang melayani kegiatan imunisasi di wilayah tersebut adalah 11 orang perawat dan 9 orang bidan.

Penelitian ini dilakukan kepada partisipan yang bersedia diwawancarai dengan umur anak 10 sampai 16 bulan yang telah terdaftar pada Puskesmas Wee Karou. Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 31 sampai 12 November 2017 dengan jumlah partisipan sebanyak 9 orang yang anaknya belum diimunisasi lengkap dan telah disesuaikan dengan kriteria inklusi.

Pengumpulan data dilakukan di rumah partisipan yang tersebar di kelurahan Dira Tana.

4.2 Karakteristik Partisipan

Penelitian ini melibatkan sembilan orang partisipan yang anaknya belum imunisasi lengkap dalam wawancara yang telah memenuhi kriteria inklusi penelitian dimana salah satu kriterianya adalah partisipan yang anaknya telah berumur 18 bulan namun imunisasnya belum lengkap. Semua partisipan yang turut serta dalam penelitian ini adalah orang tua yang berasal dari suku Sumba, tujuh partisipan beragama Kristen protestan dan dua partisipan lainnya menganut agama Kristen Katolik. Dilihat dari distribusi pendidikannya, satu partisipan berpendidikan Sekolah Dasar, tiga partisipan berpendidikan Sekolah Menengah Pertama, dan lima lainnya menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Atas. Sedangkan jika dilihat dari jenis pekerjaan, delapan partisipan bekerja sebagai petani dan satu partisipan bekerja sebagai PNS. Rata-rata usia partisipan adalah 33,4 tahun dimana partisipan termuda berusia 27 tahun dan yang tertua berusia 42

tahun sedangkan rata-rata jumlah anak partisipan adalah tiga orang. Karakteristik dari anak yang orang tuanya sudah dilakukan wawancara adalah berjenis kelamin perempuan sebanyak dua anak, dan laki - laki sebanyak tujuh anak, dilihat dari umurnya dapat dijelaskan bahwa yang paling kecil adalah berumur sepuluh bulan dan yang paling besar berumur enam belas bulan sedangkan umur rata-rata adalah 13,9 bulan. Dilihat dari tempat lahirnya data menunjukkan bahwa tujuh anak lahir di rumah sakit dan ditolong oleh petugas kesehatan, dua anak lahir di rumah sendiri yang ditolong oleh dukun dengan masing-masing jenis vaksin yang sudah diberikan adalah dua anak belum pernah diberikan vaksin apapun, sedangkan tujuh anak lainnya sudah pernah diberikan namun belum lengkap. Riwayat kesehatan dari anak pertama hingga yang terakhir, partisipan menyatakan bahwa anak mereka terkadang mengalami batuk, pilek dan demam maupun panas kecuali anak pertama dari satu partisipan yakni P5 yang mengalami lumpuh sejak kecil (saat peneliti wawancara berumur 3 tahun) dan sudah pernah berobat sampai ke Denpasar. Semua partisipan mengaku bahwa saat anak mereka sakit, segera mereka berobat ke puskesmas karena takut terkena malaria. Untuk lebih jelasnya karakteristik partisipan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik partisipan dan anak yang belum imunisasi lengkap pada Wawancara Mendalam di kelurahan Dira Tana, kecamatan Kota Waikabubak Sumba Barat, November 2017

No	Karakteristik	Partisipan								
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
1	Umur orang tua	35	38	38	34	31	27	42	28	28
2	Pekerjaan orang tua	Tani	PNS	Tani	Tani	Tani	Tani	Tani	Tani	Tani
3	Pendidikan akhir orang tua	SMA	SMA	SMP	SD	SMA	SMA	SMP	SMA	SMP
4	Agama	KK	KK	KP	KP	KP	KP	KP	KP	KP
5	Suku	Sumba	Sumba	Sumba	Sumba	Sumba	Sumba	Sumba	Sumba	Sumba
6	Umur anak (bln)	14	14	15	14	16	12	10	16	14
7	Jenis Kelamin anak	L	P	L	L	P	L	L	L	L
8	Tempat Lahir	Rumah	RS	RS	Rumah	RS	RS	RS	RS	RS
9	Penolong Persalinan	Dukun	Bidan	Bidan	Dukun	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan	Bidan
10	Vaksin yang sudah didapat	Belum ada	HB BCG, Polio 1	HB BCG, Polio 1	Belum ada	HB. BCG, Polio 1. DPT-HB-Hib 1, Polio 2	HB	HB BCG, Polio 1	HB. BCG, Polio 1. DPT-HB-Hib 1, Polio 2	HB BCG, Polio 1
11	Riwayat kesehatan	Batuk, Pilek, Demam	Batuk, Pilek, Demam	Batuk, Pilek, Demam	Batuk, Pilek, Demam	Batuk, Pilek, Demam	Batuk, Pilek, Dema Anak I lumpuh	Belum pernah sakit, kecuali anak pertama	Batuk, Pilek, demam	Batuk, Pilek, demam
12	Riwayat berobat	PKM	PKM	PKM	PKM	PKM	PKM	PKM	PKM	PKM

Selain karakteristik partispan tersebut di atas, hal lain yang dapat dijelaskan adalah sebagian besar partisipan senang dan ingin untuk imunisasi anaknya sebab mereka mengerti tujuan imunisasi namun keinginan tersebut tidak terwujud oleh karena berbagai hambatan seperti yang akan dijelaskan pada bab pembahasan.

4.3 Analisis Tema

Pada bagian ini, peneliti akan memaparkan tema-tema yang telah teridentifikasi dari hasil wawancara dan catatan lapangan selama proses pengambilan data. Analisis data dilakukan menurut Strauss dan Corbin (1990) Keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban partisipan terhadap

pertanyaan yang mengacu pada tujuan penelitian. Tujuan penelitian terjawab dalam 4 tema utama yang memaparkan tentang alasan orang tua di kelurahan Dira Tana Kecamatan Kota Waikabubak Kabupaten Sumba Barat Propinsi NTT tidak membawa anaknya untuk diimunisasi. Tahap – tahap proses analis data yang digunakan peneliti sebagai berikut :

1. Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat partisipan. Peneliti melakukan wawancara dan merekamnya melalui handphon kemudian ditranskrip dalam bentuk verbatim untuk dapat dideskripsikan.
2. Data yang sudah dalam bentuk naskah *verbatim* dilakukan *open coding* untuk memungkinkan peneliti mengidentifikasi kategori-kategori;
3. Tahap berikutnya adalah koding aksial (*Axial Coding*) yakni peneliti mengorganisasikan data yang sudah dikategorikan dengan dikembangkannya hubungan-hubungan (koneksi) diantara kategori-kategori, atau diantara kategori dengan sub kategori-sub kategori dibawahnya.
4. Tahap terakhir, peneliti melakukan Koding selektif (*Selective Coding*): yakni peneliti menyeleksi ketegori yang paling mendasar, secara sistematis menghubungkannya dengan kategori-kategori yang lain dan menvalidasi hubungan tersebut.

Keempat tema yang diperoleh peneliti adalah sebagai berikut :

Kecewa dengan Pelayanan Petugas Kesehatan

Partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa mereka mengaku kecewa dengan sikap petugas kesehatan dari puskesmas yang kadang tidak datang dan sering terlambat sehingga harus menunggu lama . Pernyataan partisipan

tentang sikapnya yang kecewa dengan petugas kesehatan tersebut diungkapkan oleh partisipan dalam kutipan dialog berikut ini:

Partisipan P1 :

A : Apa alasan ibu sehingga imunisasi anaknya belum lengkap ?
B : *"……terus kadang kita ke posyandu itu tidak mesti petugasnya harus ada, kadang lambat, terus kita juga harus pulang"*
A : Apakah ibu pergi ke posyandu sesuai jadwal yang dijanjikan bulan berikut ?
B : *".....ya, kalau kita ke sana juga kadang – kadang itu…sampai di sana juga mereka kadang lambat datang, terus kalau sudah kesiangan kita pulang"* (ya…kalau kami ke posyandu, terkadang petugas datang terlambat dan kalau sudah siang kami pulang)
A : Berapa kali pergi ke posyandu yang sesuai jadwal dan petugas bilang obat habis ?
B : *"3-4 kali terus mereka bilang lagi tidak datang terus habis itu ke sana lagi bilang obat habis, jadi kita malas ke sana"*

Partisipan P2 :

A : Terus apa tidak ada jadwal penggantinya ?
B : *"Eihh..... kita kecewa sudah itu bapa kita pergi tidak ada petugas …sampe di sana cuma kader cuma ditimbang jadi kita kecewa sudah bapa"*

Partisipan P5 :

A : Apa alasan bapa sehingga anaknya tidak diimunisasi lengkap ?
B : "*Alasannya pertama kami ke posyandu bidannya tidak datang ……, jadi itu yang membuat kami juga kecewa dan kami juga tidak ikut dalam kegiatan itu"*
A : Apakah dari bapa sendiri mau untuk anaknya diimunisasi ?
B : "*Mau…. Orang tua mana yang tidak mau anaknya sehat, Hanya karena pekerjaannya mereka seperti itu jadi kami juga ikutan malas, bukan kami tidak mau, kami mau sekali untuk kami punya sehat"*

Partisipan P6 :

A : Apa ibu bisa jelaskan alasannya kenapa kok imunisasi anaknya tidak lengkap ?
B : "*ihhh…. Kadang kalo kita pergi posyandu kan….. kadang bidannya tidak datang, hanya Cuma timbang saja. hanya cuma timbang saja, itu yang bikin kita juga malas pergi"* (kalau kami pergi ke posyandu

bidannya tidak datang dan anak kami hanya ditimbang saja, itu yang membuat kami malas pergi)

Partisipan P7 :

A : Apa bapa bisa jelaskan ke saya kenapa anaknya tidak imunisasi lengkap ?
B : *Begini kaka…kita jugakan sebetulnya kita sibuk tapi karena untuk ana-ana mau sehat ya, may tua (maksdunya : istri) pergi bawa dia di posyndu terus kendalanya yang pertama kadang – kadang kita bawa too.. kadang – kadang ini bidannya tidak ada.*
A : ohh…madsudnya mereka tidak datang begitu ko ?
B : *iya tidak datang, terus yang kedua kalo ini apa…ana – ana panas juga kalo kita kasih tahu kadang kadang dong (artinya : mereka) kasih obat – kadang tidak itu yang buat orang malas juga pergi.*
A : Apa kader tidak hubungi mereka, kenapa mereka tidak datang ?
B : *Kadang kadang dong bilang masih di sini – masih di sini dong bilang begitu yaaa….kita malas sudah*

Partisipan P8 :

A : Apa ibu bisa jelaskan kenapa imunisasi anaknya belum lengkap ?
B : bisa
A : apa alasannya ?
B : "*pertama, ngiddi yi .. karena sampai deng sampai kan hanya timbang anak anak dan juga tunggu petugas,, petugas tidak datang - datang too.. dan juga ana – ana hanya timbang begitu saja langsung pulang.* (awalnya kami bawa, namun karena anak kami hanya ditimbang dan petugas tidak datang jadi kami langsung pulang)
A : terus bulan depan yang dijanjikan itu apa ibu masih pergi ?
B : *"iya masih pergi. Tapi sama saja mereka juga tidak datang, masih sibuk bilang lagi jadi kita kecewa bulan berikut kita tidak pergi lagi sampe sekarang"*

Partisipan P9:

A : Lalu pada jadawal berikut, apa mama ke sana ? (maksudnya ke posyandu)
B : *"o'o… ma kako bage lidage da'i mapo moro lidda kia, jadi kita pamalas sudah, biar sudah kita bilang"* (iya… kami masih pergi tapi petugas menyampaikan bahwa belum ada obat, jadi kami malas pergi)

Kurangnya Ketersediaan Vaksin

Partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa imunisasi anaknya tidak lengkap karena jadwal imunisasi sering harus ditunda atau dijadwalkan

ulang oleh petugas kesehatan dengan alasan vaksin habis. Pernyataan tentang keadaan tersebut diungkapkan partisipan dalam dialog sebagai berikut :

Partisipan P1 :

A : Apa penjelasan petugas sebagai alasan sehingga mereka tidak datang ?

B : *"Petugasnya kadang datang pas tanggal posyandunya bilang obatnya habis"*

A : Berapa kali pergi ke posyandu yang sesuai jadwal dan petugas bilang obat habis ?

B : *"3-4 kali terus mereka bilang lagi tidak datang terus habis itu ke sana lagi bilang obat habis, jadi kita malas ke sana"*

Partisipan P3 :

A : Apa penjelasan dari petugas posyandu sehingga mereka tidak datang ke posyandu ?

B : *"itu ibu kader dia telpon petugas puskesmas mereka bilang obat habis"* (waktu kader posyandu menelpon petugas puskesmas, katanya obat habis)

Partisipan P5:

A : apa alasan bapa sehingga anaknya belum diimunisasi lengkap ?

B : *"……. kalau datang obatnya juga dikatakan punya alasan obat tidak ada, jadi itu yang membuat kami juga kecewa dan kami juga tidak ikut dalam kegiatan itu"* (kami datang ke posyandu tapi petugas beralasan vaksin habis, itu yang membuat kami kecewa dan tidak lagi terlibat dalam kegiatan itu)

Partisipan P6 :

A : Terus jadwal berikutnya apa masih pergi lagi ?

B : *"masih pergi, tapi mereka bilang obat habis, jadi kita kecewa kita pulang sudah"* (Masih pergi tetapi petugas mengatakan vaksin habis jadi kami kecewa dan langsung pulang)

Partisipan P8 :

A : Apa kader tidak menjelaskan kenapa petugas dari puskesmas tidak datang?

B : *"kader bilang obat habis begitu saja……..."*

Partisipan P9 :

A : Apa alasan ibu sehingga imunisasi anaknya belum lengkap ?

B : *"ini setiap bamma kako posyandu kan liddage daimapo moro lidda"* (tiap kali kami ke posyandu petugas mengatakan belum ada vaksin)
A : Lalu pada jadwal berikut, apa mama ke sana? (maksudnya ke posyandu)
B : *"o'o, ma kako bage lidage da'i mapo moro lidda kia, jadi kita pamalas sudah, biar sudah kita bilang"* (iya kami masih pergi tapi petugas menyampaikan bahwa belum ada obat, jadi kami malas pergi)

Rendahnya Pengetahuan Tentang Imunisasi

Partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa dia tidak mengerti manfaat imunisasi. Alasan tersebut diungkapkan partisipan dalam dialog sebagai berikut :

Partisipan P1

A : Sakit apa saja yang bisa dicegah dengan imunisasi ?
B : *batuk, pilek, malaria*

Partisipan P2

A : berarti kaka juga tahu ya tujuan imunisasi itu apa ?
B : *iya tahu…itukan untuk supaya jangan batuk, pilek, supaya jangan kuning dia punya badan.*

Partisipan P3

A : apakah ibu tahu penyakit apa saja yang bisa dicegah dengan imunisasi ?
B : *iya tahu….itukan untuk supaya jangan malaria, batuk, pilek.*

Partisipan P4 :

A : Apa ibu tahu manfaat imunisasi itu apa ?
B : *"hehehehe…. Dappa mengerti bae etti ge bapa ooo, SD kiddoaga, hehehe…."* (hehehehe…. Maaf bapa, saya tidak mengerti, saya hanya tamatan SD saja hehehehe……).
A : Apa tidak tanya teman atau tetangga ?
B : *"Dappa tua takka ba ollumu etti. Ba marro dommo"* (iya benar, kami tidak tanya kebetulan mereka juga jauh dari sini)
A : kan itu selalu disiarkan di TV ?
B : *"Daiki TV, hehehe…*" (tidak punya TV heheheh….)

Partisipan P7

A : sakit apa saja yang bisa dicegah dengan imunisasi ?
B : "*malaria, batuk, pilek"*

Partisipan P8

A : kalau dari kaka sendiri apa tahu penyakit apa saja yang bisa dicegah dengan imunisasi ?

B : "*iya tahu , itu kan untuk jangan malaria, batuk, pilek"*

Partisipan P9

A : tapi kalo dari mama sendiri tahu tujuan imunisasi to ?

B : "o'o… padde ge"

A : apa – apa saja tujuannya ?

B : "*supaya ana – ana jang kena penyakit kuning – kuning dan batuk – batuk begitu"*

Jarak yang Jauh Dari Rumah ke Posyandu

Partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa mereka memiliki rumah yang jauh dari posyandu, satu partisipan memiliki tempat tinggal kurang lebih 2 KM ke posyandu dan satu partisipan lainnya 2 KM, sehingga mereka harus naik ojek yang terkadang belum tentu ada atau lewat di depan rumah mereka untuk sampai ke posyandu. Alasan tersebut diungkapkan partisipan dalam dialog sebagai berikut :

Partisipan P1 :

A : apakah masih ada alasan lain ?

B : *" .....jaraknya jauh dari rumah ke posyandu,karena kendaraan juga tidak punya jadi harus pakai kendaraan orang ...ojek yang kadang ada kadang tidak."*

A : Berapa jarak dari rumah ke posyandu ?

B : *"kira – kira 2 kilo"*

Partisipan P4

A : Apa alasan ibu sehingga tidak imunisasi anaknya ?

B : *"karena oro banna marro etti posyandu etti ge bapa nyaka dappa kako takka bangindi wi"* (maaf bapa… karena jaraknya yang jauh dari rumah ke posyandu sehingga kami tidak bawa)

A : Berapa jarak posyandu dari rumah ?

B : *"Kira – kira tiga kilo"*

Partisipan P9

A : oh gitu…apa masih ada alasan lain ko ?

B : "*kebetulan jauh juga kaka*

BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini membahas interpretasi hasil penelitian dan melakukan komparasi dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori-teori terkait. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk menggali secara mendalam alasan mengapa orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi. Hasil penelitian ini mengidentifikasi 4 tema yaitu : kekecewaan orang tua terhadap petugas kesehatan, ketersediaan vaksin kurang, jarak yang jauh, pengetahuan tentang vaksin yang kurang. Melalui tema-tema tersebut yang diperoleh dari proses *indepth interview* dengan partisipan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih jelas bagi pembaca. Selain itu, tema-tema tersebut berkaitan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan berkaitan pula dengan berbagai teori dan konsep seperti faktor - faktor penghambat imunisasi.

5.1 Kecewa dengan pelayanan petugas kesehatan

Partisipan dalam penelitian ini mengaku kecewa dengan petugas kesehatan karena jam kedatangan yang tidak pasti, sering menunda jadwal imunisasi, terlambat atau tidak datang dengan berbagai alasan seperti vaksin habis atau masih bertugas di tempat lain sehingga membuat partisipan kecewa dan tidak lagi berniat untuk datang di posyandu pada jadwal berikut untuk imunisasi anaknya.

Akses atau pemanfaatan kesehatan oleh seseorang dipengaruhi oleh banyak hal. Keputusan untuk memanfaatkan pelayanan merupakan proses yang sangat kompleks yang melibatkan keputusan individual, sosial dan dipengaruhi oleh profesional kesehatan (Miller *et al*. 1997). Dalam teori (Andersen 1995) dijelaskan bahwa hal-hal yang mempengaruhi akses seseorang terhadap pelayanan kesehatan diantaranya adalah mutu pelayanan. Mutu adalah kepuasan dari standar yang telah ditetapkan sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan bermutu secara umum adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan sesuai dengan tingkat kepuasan, rata-rata penduduk, serta penyelenggaranya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan, suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan yang bermutu apabila menurut semua masyarakat pelayanan kesehatan dapat memuaskan pasien (Azwar, 2010)

Kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktivitas dan suatu produk dengan harapannya (Nursalam, 2015). Segoro (2013) dalam hasil penelitiannya berkesimpulan bahwa persepsi pelanggan terhadap kualitas pelayanan, kualitas hubungan dan kepuasan memiliki hubungan positif terhadap loyalitas pelanggan.

Woodside 1989 dalam (Meesala & Paul 2016) menyatakan bahwa Kepuasan konsumen adalah faktor kunci yang mendorong saat kinerja produk atau layanan melebihi ekspektasi. Kepuasan adalah keadaan konsumen pasca pembelian yang mencerminkan berapa banyak konsumen menyukai atau tidak menyukai layanan setelah mengalami itu. Tse dan Peter 1988 dalam (Meesala & Paul 2016)

menyatakan bahwa kepuasan konsumen adalah respons konsumen terhadap evaluasi perbedaan persepsi antara harapan sebelumnya dan kinerja sebenarnya dari produk atau layanan setelah dikonsumsi. Kepuasan pasien berhubungan langsung dengan loyalitas pasien ke rumah sakit (Meesala & Paul 2016)

Senada dengan hasil penelitian (Arfianti, 2009) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan antara keberadaan tenaga pelaksana imunisasi, ketersediaan vaksin,motivasi kerja pelaksana imunisasi, sistem pencatatan dan pelaporan, motivasi masyarakat dalam imunisasi dengan cakupan imunisasi.

Menurut peneliti, perasaan tidak puas terhadap pelayanan petugas kesehatan mengakibatkan partisipan tidak membawa anaknya untuk diimunisasi di Kabupaten Sumba Barat adalah sesuai dengan teori dari Andersen yakni mutu pelayanan kesehatan mempengaruhi pemanfaatan palayanan kesehatan,

5.2 Kurangnya Ketersediaan Vaksin

Kurangnya ketersediaan vaksin menjadi alasan tidak lengkapnya imunisasi dari delapan anak partisipan di Kelurahan Dira Tana, partisipan mengetahui hal ini melalui penyampaian dari kader posyandu yang menghubungi petugas Puskesamas saat jadwal posyandu.

Dalam teori (Andersen, 1995) yang mempengaruhi akses seseorang terhadap pelayanan kesehatan adalah sarana pelayanan kesehatan. Sedangkan teori HBM yang dikemukakan (Rosenstock, 1997) menyatakan bahwa individu dalam melawan penyakit ada empat varibel kunci yang terlibat, salah satunya adalah rintangan yang dialami dalam bertindak.

Hasil penelitian Dube *et al.* (2017) yang bertujuan untuk menyelidiki faktor-faktor yang terkait dengan niat orang tua di Kanada untuk memvaksinasi anaknya melaporkan bahwa orang tua yang mengalami kesulitan mengakses layanan vaksinasi cenderung tidak berniat untuk memvaksinasi anak mereka. Sedangkan menurut (Baker *et al.* 2005) sarana prasarana kesehatan sangat esensial dalam menunjang tercapainya program pelayanan kesehatan

Vaksin merupakan sarana dalam pelayanan imunisasi. Ketidaktersediaan vaksin dapat mempengaruhi rendahnya cakupan imunisasi. Kesimpulan yang sama dari hasil penelitian Babalola & Lawan (2009) dan Saitoh *et al.*, (2013) menyatakan bahwa kurangnya pasokan vaksin mempengaruhi keberhasilan imunisasi.

Menurut peneliti kurangnya ketersediaan vaksin mempengaruhi capaian angka imunisasi dasar lengkap di Kabupaten Sumba Barat, hal ini sesuai, dengan teori (Andersen 1995) yang menyatakan bahwa sarana prasarana mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

5.3 Pengetahuan yang rendah

Tujuh orang dari sembilan partisipan dalam penelitian ini dapat menjelaskan bahwa tujuan imunisasi itu adalah untuk mencegah penyakit namun tidak dapat menjelaskan jenis penyakit apa saja yang dapat dicegah dengan imunisasi, sedangkan satu partisipan lainnya tidak tahu apa itu imunisasi dan tujuannya, satu partisipan tersebut berpendidikan SD dan tinggal jauh dari rumah penduduk lainnya serta tidak memiliki televisi sebagai sarana untuk mendapat informasi

pekerjaan hari-harinya adalah ibu rumah tangga sedang suaminya bekerja sebagai sopir.

Menurut (Andersen, 1995) pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi juga oleh struktur sosial yang merupakan *factor predisposing*, faktor ini diantaranya adalah pendidikan. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pemahaman / pengetahuan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan teori HBM oleh (Rosenstock, 1997) menyatakan bahwa factor pendorong (*cues*) untuk bertindak adalah kampanye media massa, tulisan dalam surat kabar, majalah dan lainnya yang akan meningkatkan pengetahuan.

Pengetahuan akan membawa seseorang untuk berpikir dan berusaha melakukan sesuatu (*Cues to action*) (Notoatmodjo, 2014).

Hasil penelitian (Saitoh *et al.* 2013) tentang pengaruh pendidikan imunisasi perinatal, berkesimpulan bahwa pendidikan imunisasi perinatal secara bertahap memperbaiki kepatuhan jadwal imunisasi untuk vaksin yang diperlukan dan pengetahuan imunisasi ibu yang lebih baik.

Kesimpulan yang sama bahwa rendahnya pengetahuan orang tua mempengaruhi tidak dilakukannya imunisasi dinyatakan dalam hasil penelitian (Palupi, 2011), (Babalola & Lawan 2009) dan (Triana 2016).

Menurut peneliti rendahnya pengetahuan partisipan tentang imunisasi mempengaruhi tidak dilakukannya imunisasi terhadap anak dari partisipan, hal ini sesuai, dengan teori (Andersen 1995) dan (Rosenstock 1997) yang menyatakan bahwa pengetahuan mempengaruhi perilaku seseorang.

5.4 Jarak yang jauh

Dalam penelitian ini tiga partisipan memiliki tempat tinggal yang jauh dari tempat pelayanan imunisasi kurang lebih 2- 3 KM, hal ini mempengaruhi tidak diimunisasinya anak mereka meskipun sudah dijangkau dengan kendaraan roda dua maupun roda empat namun kendaraan masih jarang yang melewati daerah tersebut karena medan yang sulit adalah hambatan bagi mereka.

Salah faktor yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah Faktor pemungkin (*enabling factor*) Faktor pemungkin ini diantaranya adalah keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan (*Health facility*). Bila faktor ini terpenuhi maka individu cenderung menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada (Andersen 1995) .

Hasil penelitian Hosoya, (2014) menunjukkan bahwa infrastruktur kesehatan memiliki peran vital dalam kebijakan pembangunan negara berpendapatan rendah. Jana & Harata (2016) dalam penelitiannya di India tentang penyediaan infrastruktur perawatan kesehatan di masyarakat menyimpulkan bahwa infrastruktur perawatan kesehatan dapat berperan dalam pengembangan keseluruhan kebijakan perencanaan perawatan kesehatan secara keseluruhan. Peter *et al.* (2017) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa mereka yang tinggal di wilayah pegunungan paling signifikan terkait dengan penurunan peluang untuk mencapai cakupan vaksinasi dan vaksinasi lengkap.

Sejalan dengan data riset kesehatan dasar (Riskesdas, 2013) bahwa persentase anak di perkotaan yang tidak diimunisasi karena tempat jauh adalah 7,4 %.

Menurut peneliti alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk imunisasi yakni jarak yang jauh dari rumah ke tempat pelayanan kesehatan di Kabupaten Sumba Barat sejalan dengan teori (Andersen, 1995) yang menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan (*Health facility*).

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan simpulan dan saran yang berhubungan dengan masalah penelitian yang dilakukan. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi di Kelurahan Dira Tana Kecamatan Kota, Kabupaten Sumba Barat, Nusa Tenggara Timur.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk diimunisasi adalah diwakili oleh 4 tema, yaitu: kekecewaan orang tua terhadap petugas kesehatan, kurangnya kesediaan vaksin, jarak posyandu yang jauh dan kurangnya pengetahuan.

Partisipan mengaku kecewa dengan petugas yang sering terlambat atau tidak datang maupun sering menunda jadwal imunisasi sehingga partisipan tidak lagi membawa anaknya pada jadwal imunisasi berikut, partisipan yang sama mengeluhkan ketersediaan vaksin yang kurang menyebabkan imunisasi anaknya tidak lengkap. Partisipan mengeluhkan jarak yang jauh dari rumah ke posyandu sementara dan partisipan mengaku tidak mengerti manfaat imunisasi.

6.2 Saran

1. Pemerintah

   Perlu adanya regulasi dalam bentuk aturan maupun perencanaan pembangunan infrastruktur serta peningkatan Sumber Daya Manusia tenaga

kesehatan yang mendukung kelancaran pelayanan di Kabupaten Sumba Barat.

2. Institusi Pelayanan Kesehatan
   1) Perlu adanya peningkatan pelayanan dan komunikasi yang terjalin dengan baik antara petugas kesehatan dengan masyarakat / peserta posyandu.
   2) Perlu adanya promosi kesehatan terkait dengan tingkat pemahaman orang tua tentang manfaat imunisasi.
3. Pengembangan Ilmu Keperawatan

   Dari hasil pernyataan-pernyataan yang didapatkan dari partisipan, peneliti mengidentifikasi adanya kesesuaian antara konteks situasi yang dialami partisipan dengan teori *health belief model* (Rosenstock, 1997) dan teori pemanfaatan tempat pelayanan kesehatan oleh (Andersen, 1995) sehingga diperlukan tindak lanjut berupa penerapan model teori ini dalam kasus nyata. Evaluasi yang diharapkan mampu memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai topik bahasan dalam kelas maupun praktik di masyarakat secara langsung khususnya dalam meningkatkan capaian angka imunisasi dasar.
4. Penelitian selanjutnya

   Peneliti selanjutnya disarankan untuk melanjutkan dan menggali lebih dalam tentang rendahnya angka capaian imunisasi dasar di NTT khususnya wilayah pulau Sumba Kabupaten Sumba Barat melalui penelitian yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

Afiyanti & Rachmawati (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan* 1st ed., Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.

Andersen, R., 1995. *Revisiting the behavioral model and access to medical care:* does it matter? J Health Soc Behav.

Anik, M. (2010). *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan*. Jakarta.

Arfiyanti, A., 2009. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Cakupan Imunisasi Campak Di Kabupaten Tegal.*

Arna jana & Noboru Harata, 2016. *Provisioning health care infrastructure in communities*: Empirical evidences from West Bengal, India.

Aya Saitoh, Aya Saitoh, Akihiko Isamu Sato, Shinozaki, Tomohiro, Hajim, Kamiya, Nagataa, Satoko, 2017. *Effect of stepwise perinatal immunization education*: A cluster-randomized controlled trial.

Aya Saitoh. Nagata, Satoko. Saitoh, Akihiko. Tsukahara, Yuki. Vaida, Florin Sonobe, Tomoyoshi Kamiya, Hajime Naruse, Takashi Murashima, Sachiyo., 2013. *Perinatal immunization education improves immunization rates and knowledge: A randomized controlled trial.* Preventive Medicine, 56(6), pp.398–405. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed. 2013.03.003.

Azwar, A., 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan, Jakarta: Bina Rupa Aksara.*

Babalola, S. & Lawan, U., 2009. *Factors predicting BCG immunization status in northern Nigeria:* a behavioral-ecological perspective. Journal of Child Health Care, 13(1), pp.46–62. Available at: http://journals.sagepub.com /doi/10.1177/1367493508098380.

Bachri, B. (2012). *Meyakinkan Validitas Data Melalui Triangulasi pada Penelitian Kualitatif.* Universitas Negeri Surabaya: Kurikulum dan Teknologi Pendidikan.

Baker, E.L. Baker Edward L. Potter, Margaret A. Jones, Deborah L. Mercer, Shawna L. Cioffi, Joan P. Green, Lawrence W. Halverson, Paul K. Lichtveld, Maureen Y. Fleming, David W. 2005. *the Public Health Infrastructure and Our Nation'S Health*. Annual Review of Public Health, 26 (1), pp.303–318. Available at: http://www.annualreviews.org /doi/10.1146/annurev.publhealth.26.021304. 144647.

Boyatzis, R.E., 1998. *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis And Code Development*, London.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design*: *Choosing among five approaches (2 ed.).* Thousand Oaks, California: Sage Publication, Inc.

Desmita. (2011). *Psikologi Perkembangan Peserta didik* . Bandung: Remaja Rosda.

Dube, Eve. Gagnonb Dominique .Ouakkib Manale. Bettingerd A, Julie. Holly O. Wittemane, F. Shannon MacDonaldg, H. William Fisheri, J. Vineet Sainik, L. Greyson Devon, 2017. *Measuring vaccine acceptance among Canadian parents*: *A survey of the Canadian Immunization Research Network.*

Hidayat, A. A. (2009). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak (I ed.).* Selemba Medika.

Hosoya, K., 2014. *Public health infrastructure and growth: Ways to improve the inferior equilibrium under multiple equilibria.*

http://www.depkes.go.id/article/print/201404240001/pekan-imunisasi-dunia-2014-imunisasi-untuk-masa-depan-yang-sehat.html.

http://www.depkes.go.id/article/view/17010500004/tahun-ini-kemenkes-upayakan-tiga-vaksin-lengkapi-program-imunisasi-nasional.html [Accessed August 29, 2017].

https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3 [Accessed September 15, 2017].

IDAI, 2014. *Pedoman Imunisasi Di Indonesia 5th* ed. I. . ranuh dkk Gde, ed., Jakarta: Sagung Seto.

IDAI. (2014). *Pedoman Imunisasi Di Indonesia*. Badan Penerbit IDAI.

Kebumen, D. (2013). *Sekilas Tentang Imunisasi DPT, HB dan Hib. Kebumen*: Dinkes kebumen. Retrieved September 03, 2017

Kemenkes, 2014. *Pekan Imunisasi Dunia*.

Kemenkes, 2015. *Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2015 - 2019. kemenkes.*

Kemenkes, 2016. *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat*, indonesia.

Kemenkes. (2017). *Kemenkes Upayakan Tiga Jenis Vaksin Lengkapi Program Imunissi Nasional.* Jakarta: 2017.

Kemenkes.RI, 2016. *InfoDatin-Imunisasi*-2016.pdf. www.depkes.go.id.

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G., 1985. *Naturalistic Inquiry* 75th ed.,

Makmun K, M. (2013). *Psikologi Umum*. Aswaja Pressindo.

Martha., E. & Kresno., S., 2016. *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk bidang kesehatan* 1st ed., Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.

Meesala, A. & Paul, J., 2016. *Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. Journal of Retailing and Consumer Services*, 40 (November 2016), pp.261–269. Available at: http://linkinghub. elsevier.com/ retrieve/pii/S0969698916305057.

Meleong, L. J. (2000). *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosda Karya.

Miller, C & A, 1997. *Nursing Care of Older Adults: Theory and Practice*., Philadelphia: J.B.Lippincott.

Moleong, L. J. (2006). *Metodelogi Penelitian Kualitatif* (revisi ed.). Bandung: Remaja Rosda Karya.

Mubarak, W. I. (2012). *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan* (1 ed.). Salemba Medika.

Nursalam, 2015. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional 5th ed*., Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (4 ed.). Surabaya, Jawa Timur: Salemba Medika.

Palupi, A.W., 2011. *Pengaruh Penyuluhan Imunisasi Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Sebelum Usia 1 Tahun.*

PERALMUNI. (2012). *Vaksin Untuk Anak dan Dewasa*. (Z. D. Gerna, Ed.) Bandung, Jawa Barat: Peralmuni Cabang Bandung.

Peter Austin. Kun-YangChuang, Ntenda Fentanesh. Morton, 2017. *Analysis of the effects of individual and community level factors on childhood immunization in Malawi.*

Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Baltimore*: Wolters Kluwer Health.

Priyoto. (2014). *Teori sikap & Perilaku dalam Kesehatan*. Nuha Medika.

Profil Dinkes NTT, 2016. *Profil Kesehatan NTT*.

Rachmawati, I. N. (2007). *Pengumpulan Data dalam Penelitian Kualitatif*: Wawancara. e-journal ivet, 11, 35-40.

Raco, J. R. (2010). Metode Penelitian Kualitatif: *Jenis, Karakteristik dan Keunggulannya.* Jakarta: PT Gramedia Widia Sarana Indonesia.

Riskesdas, 2013. *Riset Kesehatan Dasar* (RISKESDAS) 2013. Laporan Nasional 2013, pp.1–384.

SDGs, 2015. Goal 3. *Sustainable Development Knowledge Platform*.

Segoro, W., 2013. *The Influence of Perceived Service Quality, Mooring Factor, and Relationship Quality on Customer Satisfaction and Loyalty. Procedia - Social and Behavioral Sciences,* 81, pp.306–310. Available at: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042813015000.

Slameto, D. (2015). *Belajar & faktor - faktor yang mempengaruhi.* Rineka cipta.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D.* Bandung: Alfabeta.

Sukmadinata, P. D. (2012). *Metode Penelitian Pendidikan* (8 ed.). Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.

Triana, V., 2016. *Faktor yang berhubungan dengan pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi tahun 2015*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas, 10(2), pp.123–135.

Walgito, B. (2010). *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Andi Ofset.

Lampiran 1

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: http://ners.unair.ac.id | Email: dekan_ners@fkp.unair.ac.id

Nomor : 3453/UN3.1.13/PPd/2017 26 Oktober 2017
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : **Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat
di Waikabubak Provinsi Nusa Tenggara Timur

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Alpian Umbu Dewa
NIM : 131611123036
Judul Skripsi : Alasan Orang Tua tidak membawa Anaknya Untuk Diimunisasi

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

Plh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan III,

Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012000031002

Tembusan:
1. Kepala Puskesmas Wee Karou di Wee Karou
2. KepalaPuskesmas Puu Weri di Puu Weri
3. KepalaPuskesmas Tana Rara di Tana Rara

Lampiran 2

PEMERINTAH KABUPATEN SUMBA BARAT

DINASA KESEHATAN

JL. Wee Karou nomor. – Telp / fax (0387) 22167 – Waikabubak.

Nomor : DINKES 423./901/53.12/11/2017 01 November 2017
Lampiran : 1 (Satu) eksemplar
Perihal : Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth : Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Di Surabaya Provinsi Jawa Timur

Sehubungan dengan surat dari Fakultas keperawatan tertanggal 26 Oktober 2017 dengan nomor 3453 /UN3.1.13/PPd/2017 perihal permohonan fasilitas pengambilan data penelitian mahasiswa atas nama :

Nama	Alpian Umbu Dewa
NIM	131611123036
Judul Skripsi	Alasan Orang Tua Tidak Membawa Anaknya Untuk Diimunisasi

Maka dengan ini kami menyampaikan bahwa kami tidak keberatan untuk mahasiswa tersebut melakukan penelitian di Kabupaten Sumba Barat.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Waikabubak, 02 November 2017.
KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN SUMBA BARAT

PEMERINTAH KABUPATEN DINAS KESEHATAN

Drg. BONAR B. SINAGA, M. Kes.
Pembina Utama Muda / IV. C
Nip : 19680220 199312 1 002

Lampiran 3

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

PENJELASAN PENELITIAN WAWANCARA

JUDUL PENELITIAN	**:**	**Alasan Orang Tua Tidak Membawa Anaknya Untuk Imunisasi.**
PENELITI	**:**	**ALPIAN UMBU DEWA**
NIM	**:**	**131611123036**

Tujuan :
Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan apa alasan orang tua di Kabupaten Sumba Barat tidak membawa anaknya untuk imunisasi.

Perlakuan yang diterapkan pada partisipan :
Peneliti akan melakukan wawancara secara mendalam kepada Bapak atau Ibu mengenai alasan orang tua tidak membawa anaknya untuk imunisasi.

Manfaat :
Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam pelaksanaan penyusunan program imunisasi untuk meningkatkan cakupan imunisasi di kabupaten sumba barat dan manfaat teoritisnya adalah dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang apa alasan keluarga tidak mengijinkan anaknya diimunisasi dan pemikiran bagi perkembangan ilmu keperawatan khususnya tentang permasalahan pemberian imunisasi dasar.

Bahaya potensial :
Tidak ada bahaya yang diakibatkan oleh keterlibatan Bapak atau Ibu dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini peneliti hanya melakukan wawancara, diskusi dan tanya jawab.

Hak untuk undur diri :

Keikutsertaan Bapak atau Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan Bapak atau Ibu berhak untuk mengundurkan diri kapanpun tanpa menimbulkan hal-hal yang merugikan Bapak atau Ibu.

Jaminan kerahasiaan data :

Peneliti menjamin kerahasiaan identitas serta informasi yang Bapak atau Ibu berikan dalam bentuk kode yang tidak dimengerti oleh orang lain selain peneliti. Informasi yang Bapak atau Ibu berikan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud lain.

Waikabubak, 2017

Peneliti Partisipan,

(ALPIN UMBU DEWA) **(……..)**

NB : Apabila ada yang ingin ditanyakan dapat menghubungi *contact person* no HP: 081 234 900 718 (Alpian Umbu Dewa)

Lampiran 4

Kode Partisipan

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul "Alasan Orang Tua Tidak Membawa Anaknya Untuk Imunisasi"
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada partisipan
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Prosedur penelitian

Dan kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya **bersedia/tidak bersedia*)** secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Waikabubak, 2017

Peneliti, Sampel,

Alpian Umbu Dewa …….

Saksi 1, Saksi 2,

....

*) Coret salah satu

Lampiran 5

ANALISA TEMA

Tujuan : Mengetahui apa alasan orang tua di kabupaten sumba barat tidak membawa anaknya untuk diimunsasi

No	Tujuan Tema	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan								
						1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Mengetahui alasan tidak imunisasi	Demografi	Sosio spsikologi	Sikap kecewa / emosi	"kadang kita ke posyandu itu tidak mesti petugasnya harus ada, kadang lambat" 3-4 kali terus mereka bilang lagi tidak datang terus habis itu ke sana lagi bilang obat habis jadi kita malas ke sana	√								
					"eihh….. kita kecewa sudah itu bapa kita pergi tidak ada petugas …sampe di sana cuma kader cuma ditimbang jadi kita kecewa sudah bapa."		√							
					"sebenarnya kita itu kaka…mau sekali kita punya *ana – ana* ini diimunisasi, cuma kan begini… kalo kita pergi di posyandu sampai sana malah petugas tidak datang, alasan inilah alasan itu lah			√						

No	Tujuan Tema	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan								
						1	2	3	4	5	6	7	8	9
					…jadi kita juga macam yaaaa… macam kecewa begitu kaka.”									
					“alasannya pertama kami ke posyandu bidannya tidak datang terus kedua kalau datang obatnya juga dikatakan punya alasan obat tidak ada, jadi itu yang membuat kami juga kecewa dan kami juga tidak ikut dalam kegiatan itu”					√				
					"ihhh…. Kadang kalo kita pergi posyandu kan….. kadang bidannya tidak datang, hanya Cuma timbang saja. hanya cuma timbang saja, itu yang bikin kita juga malas pergi”						√			
					“begini kaka…kita jugakan sebetulnya kita sibuk tapi karna untuk ana-ana mau sehat ya, *may tua* (istri) pergi bawa dia di posyndu terus kendalanya yang pertama							√		

No	Tujuan Tema	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan								
						1	2	3	4	5	6	7	8	9
					kadang – kadang kita bawa too.. kadang – kadang ini bidannya tidak ada.”									
					“pertama, ngiddi yi (bahasa loli : kami bawa) karena sampai deng sampai kan hanya timbang anak anak dan juga tunggu petugas,, petugas tidak datang - datang too.” Dan juga ana – ana hanya timbang begitu saja langsung pulang” (kami bawa anak kami ke posyandu namun petugas tidak datang dan anak kami hanya ditimbang itu yang membuat kami kecewa dan kami tidak pergi lagi)								√	
					“o’o, ma kako bage lidage da’i mapo moro lidda kia, jadi kita pamalas sudah, biar sudah kita bilang” (iya …. Kami pergi tapi kader menyampaikan bahwa vaksin									√

No	Tujuan Tema	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan								
						1	2	3	4	5	6	7	8	9
					habis)									
2		Tingkat pendidikan rendah	Minimnya informasi	Pengetahuan yang rendah	*dappa mengerti bae etti ge bapa, hehehehe*……. (saya tidak mengerti bapa, hehehehe….)				√					
3		Geografi	Jarak	Jauh dari posyandu	"itu karena pengaruh… ya kitakan namanya jauh dari posyandu"	√								
					karena *oro banna marro etti posyandu etti ge bapa nyaka dappa kako takka bangindi wi"* (karena tempat posyandu yang jauh bapa makanya kami tidak bawa)				√					
4				Pasokan vaksin yang kurang	"petugasnya kadang datang pas tanggal posyandunya bilang obatnya habis" (saat petugas datang di posyandu menyampaikan bahwa vaksin habis)	√								
					"kader bilang obat habis"		√							
					"Terus yang kedua itu kita pergi lagi bilang obat habis,			√						

No	Tujuan Tema	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan								
						1	2	3	4	5	6	7	8	9
					jadi kita pamalas sudah too kaka, biar sudah kita bilang”									
					“…….kadang obat lambat, bilang begitu.” (petugas mengatakan obat masih lambat)					√				
					“masih pergi, tapi mereka bilang obat habis,……."						√			
					“kader bilang obat habis begitu saja”								√	
					“setiap bamma kako posyandu kan lidda daimapo moro to, jadi kita pulang sudah” (tiap kali kami ke posyandu petugas menyampaikan belum ada vaksin)									√

Lampiran 6

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

"ETHICAL APPROVAL"
No : 540-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, *with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

"ALASAN ORANG TUA TIDAK MEMBAWA ANAKNYA IMUNISASI "

Peneliti utama *Principal Investigator*	: **Alpian Umbu Dewa**
Nama Institusi *Name of the Institution*	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian *Setting of research*	: Kabupaten Sumba Barat, NTT

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui *Exampted*
And approved the above-mentioned protocol with Exampted .

Surabaya, 27 Oktober 2017
Ketua, (*CHAIRMAN*)

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Dr Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002