

IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**SKRIPSI**

**DETERMINAN IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA ANAK USIA 12-23  
BULAN DI INDONESIA**

(Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012)



Oleh:  
**DWIDA RIZKI PRADIPTASIWI**  
NIM. 131411131015

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2018**

**SKRIPSI**

**DETERMINAN IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA ANAK USIA 12-23  
BULAN DI INDONESIA**

(Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012)

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:  
**DWIDA RIZKI PRADIPTASIWI**  
**NIM. 131411131015**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**SURABAYA**  
**2018**

**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.



HALAMAN PERNYATAAN  
**PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN  
AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dwida Rizki Pradiptasiwi

NIM : 131411131015

Program Studi : Pendidikan Ners

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**“Determinan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia”**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia (*format*), mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 16 Juli 2018

METERAI TEMPEL  
TGL 20  
22C16AFF253471436  
6000  
ENAM RIBU RUPIAH

Yang Menyatakan



Dwida Rizki Pradiptasiwi  
131411131015

**SKRIPSI**

**DETERMINAN IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA ANAK USIA 12-23  
BULAN DI INDONESIA**

Oleh:

Dwida Rizki Pradiptasiwi  
NIM. 131411131015

PROPOSAL INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 12 JULI 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Ferry Efendi, S.Kep.Ns., M.Sc., Ph.D  
NIP. 198202182008121005

Pembimbing



Ilya Krisnana, S.Kep.Ns., M.Kep  
NIP. 198109282012122002

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga Surabaya  
Wakil Dekan 1



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196808291989031002

SKRIPSI

DETERMINAN IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA ANAK USIA 12-23  
BULAN DI INDONESIA

Oleh:

Dwida Rizki Pradiptasiwi  
NIM. 131411131015

Telah Diuji

Pada tanggal, 20 Juli 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua : 1. Eka Mishbahatul M.Has, S.Kep.Ns., M.Kep  
NIP. 198509112012122001

(.....  
  
.....)

Anggota : 2. Ferry Efendi, S.Kep.Ns., M.Sc., Ph.D.  
NIP. 198202182008121005

(.....  
  
.....)

3. Ilya Krisnana, S.Kep.Ns., M.Kep  
NIP. 198109282012122002

(.....  
  
.....)

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



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196808291989031002

**MOTTO**

When you don't understand what's happening in your life  
Just close your eyes and take a deep breath and say,  
“Ya Allah, I know this is your plan, just help me through it”

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**DETERMINAN IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA ANAK USIA 12-23 BULAN DI INDONESIA**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons) selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku wakil dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Bapak Ferry Efendi, S.Kep.Ns., M.Sc., Ph.D. dan Ibu Ilya Krisnana, S.Kep.Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah bersedia meluangkan sebagian besar waktunya untuk memberikan arahan dan masukan kepada saya dalam menyusun skripsi ini.
4. Ibu Eka Mishbahatul M.Has, S.Kep.Ns., M.Kep dan ibu Tiyas Kusumaningrum, S.Kep.Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan kepada saya dalam menyusun skripsi ini.
5. Seluruh pengajar dan staf di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah dengan tulus ikhlas membagikan ilmunya kepada penulis selama perkuliahan.
6. Papa Wasono, Mama Sri Sundari, Mas Rifno Taufik Ditrastiko, Mas Dimas Akbi Hanggara, Mbak Ani Safitri, Mbak Hesty Nandha Marina dan M. Rajendra Syarif Prawira. *I haven't words except to say thanks for*

*everythings and sorry. If God give me chance to choose a family to live with, i won't change into another family. Thanks for the experience and motivation.*

7. Fitriana, Ani dan Rafi yang berjuang bersama menyelesaikan skripsi dibawah bimbingan dosen pembimbing yang sama.
8. Astrid Anggreswari teman *sharing* dan mendengarkan keluah kesah saya, terimakasih atas waktu dan masukannya untuk meyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman ARUNA di Fakultas Keperawatan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih atas motivasinya selama ini.
10. Sahabat SMA “berenam” Chintya, Cantika, Lusy, Fia dan Yani dan sahabat SMP “berempat” Nur, Nora dan Fida yang selama ini tulus mendengarkan cerita saya, memberikan masukan dan ikhlas membagi ilmunya kepada saya.
11. Pihak-pihak lain yang telah memberikan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini dan tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini sehingga masukan yang membangun sangat saya harapkan untuk perbaikan saya kedepannya. Untuk itu saya mohon maaf sebesar-besarnya dan berharap semoga skripsi ini bermanfaat.

Surabaya, 16 Juli 2018

Penulis

**ABSTRACT**  
**THE DETERMINANTS OF FULL IMMUNIZATION STATUS IN 12-23**  
**MONTHS OLD CHILDREN IN INDONESIA**

(Data Analysis of Indonesia Demographic and Health Survey 2012)

**By : Dwida Rizki Pradiptasiwi**

**Introduction :** Immunization is one of the most cost-effective health interventions, immunization prevents illness, disability and death caused by Immunizable Diseases (PD3I). This study aimed to assess the determinants of full immunization status in children aged 12-23 months in Indonesia.

**Methods :** This study used the Indonesia Demographic and Health Survey 2012. The survey was cross sectional by design and used a multistage cluster sampling procedure. A total of 3,231 mothers with children of 12–23 months of age were extracted from the children’s dataset. Mothers’ self-reported data and observations of vaccination cards were used to determine vaccine coverage. An adjusted odds ratio (AOR) with 95% confidence intervals (CI) was used to outline the independent predictors. Statistical significance was set at  $p=0.05$ .

**Results :** The prevalence of fully immunized children was 37.4%. BCG (86.9%), DPT 1 (85.5%), polio 1 (88%), DPT 2 (79.1%), polio 2 (83.3%), DPT 3 (70.1%), polio 3 (74.5%), measles 78.3%), hepatitis B0 (74.9%), hepatitis B1 (74.2%), hepatitis B2 (65.5%), hepatitis B3 (46.2%). The multivariate logistic regression showed that mothers with first children are 2.84 times more likely to complete vaccinate their children compared to mothers with  $\geq 6$  children. Mothers with second and third children are 2.13 times more likely to complete vaccinate their children compared to mothers with  $\geq 6$  children. Mothers with poorest wealth index are 0.63 times less likely to complete vaccinate their children compared to mothers with richest wealth index. Mothers with maternal deliveries in non health facilities are 0.67 times less likely to complete vaccinate their children compared to mothers with with maternal deliveries in health facilities. Mother’s deliveries with professionals assisted are 1.56 times more likely to complete vaccinate their children compared to mother’s deliveries with non professionals assisted. Mothers with lower 4 times of antenatal care (ANC) services are 0.45 times less likely to complete vaccinate their children compared to mothers with higher 4 times of antenatal care (ANC) services.

**Discussion :** Overall coverage of complete immunization in Indonesia is quite low compared to the established strategic target (91.5%) by 2016. Birth order, wealth index, antenatal care, delivery sites and birth attendants were found to predict complete immunization coverage. Appropriate strategies should be designed to improve health information and accessibility for complete immunization coverage by addressing provincial variations.

**Keywords :** *determinants, immunization, 12-23 months, IDHS.*

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Halaman Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	v
Motto .....	vi
Ucapan Terima Kasih.....	viii
<i>Abstract</i> .....	ixx
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar.....	xivv
Daftar Tabel .....	xvv
Daftar Lampiran .....	xvi
Daftar Singkatan.....	xvii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1. Imunisasi .....	7
2.1.1. Pengertian Imunisasi .....	7
2.1.2. Tujuan Imunisasi .....	7
2.1.3. Manfaat Imunisasi .....	8
2.2. Program Imunisasi di Indonesia.....	9
2.3. Jadwal Pemberian Imunisasi .....	10
2.4. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).....	11
2.4.1. Tuberkulosis .....	11
2.4.2. Difteri .....	11
2.4.3. Pertusis .....	12
<b>SKRIPSI</b> <b>DETERMINAN IMUNISASI DASAR... DWIDA RIZKI P.</b>	

2.4.4. Tetanus .....	13
2.4.5. Polio.....	14
2.4.6. Campak.....	14
2.4.7. Hepatitis B.....	15
2.5. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) .....	16
2.6. Pelayanan Kesehatan.....	18
2.7. Model Perilaku Kesehatan .....	19
2.8 Faktor yang mempengaruhi imunisasi lengkap.....	22
2.8.1. Jenis kelamin anak.....	22
2.8.2. Usia orang tua.....	23
2.8.3. Pendidikan orang tua .....	23
2.8.4. Urutan kelahiran .....	24
2.8.5. Pemeriksaan kehamilan ( <i>antenatal care</i> ).....	24
2.8.6. Status ekonomi .....	25
2.8.7. Tempat tinggal.....	25
2.8.8. Tempat persalinan .....	26
2.8.9. Penolong persalinan .....	26
2.9 Keaslian Penelitian.....	27
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ....</b>	<b>34</b>
3.1. Kerangka Konseptual Penelitian .....	34
3.2. Hipotesis.....	36
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN.....</b>	<b>37</b>
4.1. Rancangan penelitian yang digunakan.....	37
4.1.1. SDKI 2012.....	37
4.1.2. Prosedur Sampling SDKI 2012 .....	38
4.2. Populasi, sampel (kriteria inklusi, eksklusif), dan teknik pengambilan sampel ( <i>sampling</i> ). .....	39
4.2.1. Populasi .....	39
4.2.2. Sampel .....	39
4.2.3. Teknik pengambilan sampel.....	40
4.3. Variabel penelitian dan Definisi operasional variabel. ....	41
4.3.1. Variabel penelitian .....	41
4.3.2. Definisi operasional variabel.....	43
4.4. Instrumen penelitian.....	48

4.5. Lokasi dan waktu penelitian.....	48
4.6. Prosedur pengambilan atau pengumpulan data.....	48
4.6.1. <i>Download</i> data SDKI 2012 .....	48
4.6.2. Penyuntingan data ( <i>editing data</i> ) .....	49
4.6.3. Pembersihan data ( <i>cleaning</i> ) .....	49
4.6.4. Identifikasi variabel.....	49
4.6.5. Analisis data SDKI 2012.....	50
4.7. Cara analisis data.....	50
4.7.1. Analisis Univariat.....	50
4.7.2. Analisis Bivariat .....	50
4.7.3. Analisis Multivariat.....	51
4.8. Kerangka operasional kerja.....	51
4.9. Masalah Etik ( <i>Ethical Clearance</i> ).....	53
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN .....</b>	<b>54</b>
5.1 Hasil .....	54
5.1.1. Gambaran Status Imunisasi .....	55
5.1.2. Distribusi Jenis Kelamin .....	56
5.1.3. Distribusi Usia Ibu.....	57
5.1.4. Distribusi Pendidikan Ibu.....	57
5.1.5. Distribusi Usia Ayah .....	58
5.1.6. Distribusi Pendidikan Ayah.....	58
5.1.7. Distribusi Urutan Kelahiran .....	59
5.1.8. Distribusi <i>Antenatal Care</i> .....	59
5.1.9. Distribusi Indeks Kekayaan Rumah Tangga.....	60
5.1.10. Distribusi Tempat Persalinan .....	60
5.1.11. Distribusi Daerah Tempat Tinggal .....	61
5.1.12. Distribusi Penolong Persalinan .....	61
5.2 Analisis Bivariat.....	61
5.3 Analisis Multivariat.....	64
5.4 Pembahasan.....	67
5.4.1. Gambaran kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia. ....	67
5.4.2. Hubungan faktor predisposisi (usia ibu, pendidikan ibu, pendidikan ayah, urutan kelahiran, riwayat <i>antenatal care</i> , dan indeks	

kekayaan) terhadap kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia. ....	68
5.4.3. Hubungan faktor pemungkin (tempat tinggal dan tempat persalinan) dengan kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia. ....	71
5.4.4. Hubungan faktor penguat (penolong persalinan) terhadap kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia. ....	72
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN</b> .....	74
6.1 Simpulan.....	74
6.2 Saran.....	75
Daftar Pustaka .....	77
Lampiran .....	82

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1	Procede-preceed model (Green LW. & Kreuter MW, 1991) .....	22
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Determinan Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia pada teori Precede-proceed model oleh Lawrence Green & Kreuter MW (1991).....	34
Gambar 4.1	Proses Pengambilan Sampel .....	41
Gambar 4.2	Kerangka Operasional Kerja Penelitian Determinan Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak Usia 12-23 Bulan Di Indonesia .....	52

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar pada Bayi .....	10
Tabel 2.2	Keaslian Penelitian Determinan Kelengkapan Imunisasi pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia .....	27
Tabel 4.1	Definisi Operasional Determinan Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia.....	43
Tabel 5.1	Distribusi Status Imunisasi di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	55
Tabel 5.2	Distribusi Jenis Imunisasi di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	55
Tabel 5.3	Distribusi Jenis Kelamin Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	56
Tabel 5.4	Distribusi Usia Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	57
Tabel 5.5	Distribusi Pendidikan Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	57
Tabel 5.6	Distribusi Usia Ayah yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	58
Tabel 5.7	Distribusi Pendidikan Ayah yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	58
Tabel 5.8	Distribusi Urutan Kelahiran pada Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	59
Tabel 5.9	Distribusi <i>antenatal care</i> pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	59
Tabel 5.10	Distribusi Indeks Kekayaan Rumah Tangga pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	60
Tabel 5.11	Distribusi Tempat Persalinan pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012...	60
Tabel 5.12	Distribusi Daerah Tempat Tinggal pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012 .....	61
Tabel 5.13	Distribusi Penolong Persalinan pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012...	61
Tabel 5.14	Faktor Determinan Status Imunisasi Dasar Lengkap Pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia Tahun 2012 .....	62
Tabel 5.15	Model Regresi Logistik .....	65

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	<i>Indonesia Demographic and Health Survey Woman's Questionnaire</i>	
	tahun 2012 (12IDHS-W) .....	82
Lampiran 2	Output Analisis .....	83

**DAFTAR SINGKATAN**

AKABA	: Angka Kematian Balita
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKN	: Angka Kematian Neonatal
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
DHS	: <i>Demographic and Health Survey</i>
DNA	: <i>Deoxyribo Nucleic Acid</i>
DPT	: Difteri, Pertusis, Tetanus
DTP3	: 3 Dosis Difteri, Tetanus, Pertusis
ERAPO	: Eradaksi Polio
HB	: Hepatitis B
IDAI	: Ikatan Dokter Anak Indonesia
KIA	: Kartu Kesehatan Ibu dan Anak
KIPI	: Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
KMS	: Kartu Menuju Sehat
MDG	: <i>Millennium Development Goals</i>
MenKes	: Menteri Kesehatan
MNTE	: <i>Maternal Neonatal Tetanus Elimination</i>
OR	: <i>Odds Ratio</i>
PD3I	: Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
PRECEDE	: <i>Predisposing, Enabling, Reinforcing</i>
RECAM	: Reduksi Campak
RI	: Republik Indonesia
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
TB	: Tuberkulosis
TN	: Tuberkulosis Neonatorum
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Data World Health Organization (WHO) pada tahun 2018 menjelaskan selama tahun 2016, sekitar 86% bayi di seluruh dunia (116,5 juta bayi) menerima 3 dosis vaksin difteri-tetanus-pertusis (DTP3) yang berguna untuk melindungi mereka dari penyakit menular yang dapat menyebabkan penyakit serius dan cacat atau berakibat fatal. Hingga tahun 2016, 130 negara telah mencapai paling sedikit 90% cakupan vaksin DTP3. Sekitar 19,5 juta bayi di seluruh dunia tidak terjangkau oleh layanan imunisasi rutin seperti vaksin DTP3. Sekitar 60% dari anak-anak ini tinggal di 10 negara yaitu Angola, Brasil, Republik Demokratik Kongo, Ethiopia, India, Indonesia, Irak, Nigeria, Pakistan, dan Afrika Selatan. Pembangunan Kesehatan Nasional bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat agar dapat terwujudnya kesehatan yang setinggi-tingginya oleh semua masyarakat Bangsa Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Pembangunan kesehatan periode 2015-2019 dilaksanakan melalui Program Indonesia Sehat dengan mewujudkan paradigma sehat, jaminan kesehatan nasional, dan penguatan pelayanan kesehatan melalui pendekatan keluarga dan masyarakat hidup sehat. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilaksanakan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan sampai anak berusia 18 tahun dengan tujuan untuk mempersiapkan generasi yang sehat, cerdas, berkualitas dan dapat menurunkan angka kematian anak. Indikator angka kematian anak yaitu Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Pemerintah melakukan perhatian khusus pada upaya

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) karena berkontribusi pada 59% angka kematian bayi. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2007 dan 2012 Angka Kematian Neonatus (AKN) sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup, hanya turun 1 angka jika dibandingkan dengan tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Menurut data dari Profil Kesehatan Indonesia pada tahun 2016 menunjukkan capaian indikator sebesar 91,58% lebih besar jika dibandingkan dengan capaian tahun 2015 yaitu 86,54%. Angka tersebut telah mencapai target Renstra tahun 2016 sebesar 91,5%. Terdapat dua belas provinsi yang mencapai target Renstra tahun 2016 yaitu Sumatera Selatan, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jambi, Nusa Tenggara Barat, Bali, Lampung, Jawa Timur, DI Yogyakarta, Kep. Bangka Belitung, Jawa Barat, dan Sulawesi Selatan. Indonesia mewajibkan setiap bayi yang berusia 0-11 bulan untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap terdiri dari 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB-Hib, 4 dosis polio dan 1 dosis campak (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Menurut Ranuh (2001) imunisasi merupakan salah satu bentuk upaya pencegahan penyakit infeksi untuk meningkatkan kualitas hidup. Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) seperti TBC, Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Pertusis, Campak, Polio, radang selaput otak, dan radang paru-paru.

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 menyatakan bahwa cakupan imunisasi berdasarkan catatan tertulis dalam buku Kartu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) atau KMS lebih tinggi dibandingkan dengan laporan pengakuan ibu. Menurut buku Kartu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) atau KMS sebanyak 83 persen anak berusia 12-23 bulan

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

mendapatkan imunisasi lengkap tidak termasuk Hepatitis B, dibandingkan dengan laporan ibu yang hanya sebanyak 53 persen. Cakupan imunisasi tertinggi berdasarkan pengakuan ibu diatas 80 persen yaitu polio 1, BCG dan DPT 1. Sedangkan cakupan terendah adalah Hepatitis B pada vaksin ketiga hanya sebanyak 23 persen. Keberhasilan seorang bayi dalam mendapatkan imunisasi dasar tersebut diukur melalui indikator imunisasi dasar lengkap. Capaian indikator imunisasi dasar lengkap di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 91,58%. Angka ini mencapai target Renstra tahun 2016 yaitu sebesar 91,5%.

Teori Lawrence Green (1980) yang menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatannya. Perilaku terbentuk atau ditentukan dari ketiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*) adalah faktor yang menjadi dasar atau motivasi individu dan kelompok seperti faktor demografi seperti umur, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, dan ukuran keluarga, faktor pendukung (*enabling factor*) merupakan faktor yang mendukung terlaksanakannya suatu motivasi seperti ketersediaan fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan obat-obatan, kemudahan dalam mencapai pelayanan kesehatan dan keterampilan petugas, dan faktor pendorong (*reinforcing factor*) ialah faktor pendorong terjadinya perubahan perilaku seseorang yang terwujud dalam bentuk perilaku hidup sehat. Faktor ini berasal dari perilaku tenaga kesehatan atau petugas lain, keluarga, teman, atau kelompok pekerja yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. (Notoatmodjo, 2014). Penelitian Holipah (2018) menjelaskan bahwa yang menjadi faktor peningkatan imunisasi adalah meningkatkan kualitas pendidikan dan kondisi ekonomi di kalangan masyarakat, meningkatkan kesadaran pentingnya imunisasi anak kepada orang tua terutama ibu, meningkatkan akses

kesehatan, dan meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan dan penyedia layanan kesehatan di daerah pedesaan. Sedangkan pada penelitian Lakew (2015) menjelaskan bahwa cakupan imunisasi lengkap di Negara Ethiopia sangat rendah dibandingkan dengan negeri lain. Cakupan imunisasi perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan pedesaan. Hasil penelitian yang dilakukan Beyene (2015) memperkuat penelitian Lakew (2015) bahwa di Negara Ethiopia tingkat cakupan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan masih lebih rendah jika dibandingkan dengan target MDG nasional yaitu minimal 90,0% yang akan dicapai pada tahun 2015. Ibu yang mendapatkan imunisasi toksoid tetanus selama kehamilan, jenis kelamin anak, tempat tinggal, dan usia imunisasi anak ternyata merupakan faktor yang terkait dengan status kelengkapan imunisasi pada anak. Pada beberapa penelitian didapatkan beberapa faktor yang berhubungan dan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kelengkapan imunisasi. Namun, terdapat pendapat yang berbeda dari masing-masing penelitian mengenai faktor yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Determinan Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah determinan imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis kelengkapan dan determinan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan tahun 2012 di Indonesia.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
2. Menganalisis hubungan faktor predisposisi (jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, usia ayah, pendidikan ayah, urutan kelahiran, riwayat pemeriksaan kehamilan (ANC), dan indeks kekayaan) dengan kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
3. Menganalisis hubungan faktor pemungkin lainnya (tempat tinggal dan tempat persalinan) dengan kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
4. Menganalisis hubungan faktor penguat yaitu penolong persalinan oleh fasilitas kesehatan dengan kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan gambaran mengenai determinan imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia sebagai informasi pengembangan ilmu keperawatan kesehatan komunitas terhadap menanggulangi imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi peneliti yang memusatkan perhatian kepada faktor yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan.

#### 1.4.2 Praktis

1. Kementerian kesehatan : sebagai bahan evaluasi program imunisasi di Indonesia. Sehingga dapat menjadi masukan untuk menyempurnakan program imunisasi agar menjadi lebih baik dan efektif.
2. Perawat komunitas : sebagai bahan pertimbangan bagi perawat komunitas untuk memberikan informasi mengenai pentingnya imunisasi bagi anak dan mengembangkan strategi intervensi kesehatan dan kebijakan yang efektif dalam menjalankan program kelengkapan imunisasi di Indonesia.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Imunisasi

##### 2.1.1. Pengertian Imunisasi

Imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan yang paling murah (*cost-effective*), karena imunisasi dapat mencegah, mengurangi kejadian sakit, kecacatan atau bahkan kematian akibat PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi) yang diperkirakan setiap tahunnya memakan korban 2 hingga 3 juta kematian (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 menjelaskan bahwa imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit tertentu, sehingga kelak jika terpapar dengan penyakit tersebut maka tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 mengumpulkan informasi – informasi tentang cakupan imunisasi anak yang lahir hidup dalam lima tahun sebelum survei dilakukan. Menurut pedoman WHO menyatakan anak telah diimunisasi lengkap jika setelah mendapatkan satu kali imunisasi mencegah tuberkulosis (BCG), tiga kali imunisasi DPT, tiga kali imunisasi polio, dan satu kali imunisasi campak.

##### 2.1.2. Tujuan Imunisasi

Secara umum tujuan pemberian imunisasi yaitu menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan yang diakibatkan oleh Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) (Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga

Kesehatan, 2015). Undang – undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan pemerintah untuk mencegah terjadinya Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) dan pemerintah wajib memberikan imunisasi dasar lengkap pada bayi dan anak.

Imunisasi bertujuan untuk mencegah terjadinya suatu penyakit tertentu pada seseorang dan menghilangkan suatu penyakit tertentu pada kelompok masyarakat (populasi) atau bahkan menghilangkan suatu penyakit tertentu dari dunia seperti pada imunisasi *cacar variola* (Ikatan Dokter Indonesia, 2008).

Imunisasi melalui pemberian vaksin ialah upaya untuk menstimulasi sistem kekebalan tubuh seseorang untuk dapat menghasilkan antibodi yang bertujuan melawan suatu penyakit tertentu dengan melumpuhkan antigen yang telah dilemahkan yang berasal dari vaksin (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

### **2.1.3. Manfaat Imunisasi**

Manfaat imunisasi yang paling utama yaitu imunisasi dapat mencegah, mengurangi kejadian sakit, kecacatan atau bahkan kematian akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti Tuberkulosis, Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak, Hepatitis B. Tidak hanya memberikan perlindungan kepada setiap individu, namun imunisasi juga dapat memberikan perlindungan kepada suatu kelompok atau populasi (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 16111/Menkes/SK/XI/2005).

Imunisasi tidak hanya bermanfaat kepada pemerintah dengan menurunnya angka kesakitan dan kematian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi,

namun manfaat imunisasi juga dirasakan oleh anak, keluarga dan negara. Bermanfaat untuk anak karena dapat mencegah penderitaan yang disebabkan oleh suatu penyakit tertentu dan kemungkinan akan kecacatan atau bahkan kematian. Bermanfaat bagi keluarga untuk menghilangkan kecemasan dan biaya pengobatan yang mungkin dikeluarkan jika anak sakit. Hal tersebut akan mendorong persiapan keluarga yang terencana agar sehat dan berkualitas, mendorong agar terbentuknya keluarga dengan orang tua yang yakin bahwa anaknya akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman. Sedangkan bermanfaat bagi negara karena memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara dan memperbaiki citra bangsa.

## **2.2. Program Imunisasi di Indonesia**

Indonesia menyelenggarakan upaya imunisasi sejak tahun 1956. Sejak tahun 1977, pemerintah memperluas upaya imunisasi menjadi program pengembangan imunisasi dalam rangka pencegahan penularan terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) seperti penyakit Tuberkulosis, Difteri, Pertusis, Campak, Polio, Tetanus dan Hepatitis B. Indonesia sudah dapat menekan angka penyakit polio terbukti sejak tahun 1995 sudah tidak lagi ditemukan virus polio liar yang berasal dari Indonesia (Departemen Kesehatan RI, 2005).

Program Eradaksi Polio (ERAPO) merupakan suatu upaya global untuk membasmi polio di dunia. Untuk membasmi penyakit Tetanus telah dikembangkan upaya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (MNTE), sedangkan pada penyakit Campak dikembangkan upaya Reduksi Campak (RECAM). ERAPO, MNTE, dan RECAM merupakan komitmen global yang wajib diikuti oleh semua negara di dunia (Departemen Kesehatan RI, 2005).

### 2.3. Jadwal Pemberian Imunisasi

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar pada Bayi Usia 0-11 Bulan.

Vaksin	Pemberian imunisasi	Interval Pemberian	Umur	Dosis	Lokasi
<b>Hepatitis B</b>	3x		Hepatitis B 1 diberikan 12 jam setelah lahir Hepatitis B 2 umur 1 bulan Hepatitis B 3 umur 6 bulan	0,5 ml	Secara intramuskular pada area paha.
<b>Polio</b>	4x	tidak kurang dari 4 minggu	Polio 1 umur 0-1 bulan saat masih di rumah bersalin/ rumah sakit Polio 2 umur 2 bulan Polio 3 umur 3 bulan Polio 4 umur 4 bulan	2 tetes	Pemberian secara <i>oral</i> .
<b>BCG</b>	1x	-	Sebelum umur 2 bulan	Bayi < 1 tahun 0,05 ml Anak 0,10 ml	Intrakutan daerah <i>insersio M. Deltoideus</i> kanan.
<b>DPT</b>	3x	4-6 minggu	DPT 1 umur 2-4 bulan, DPT 2 umur 3-5 bulan dan DPT 3 umur 4-6 bulan	0,5 ml	Pemberian secara Intramuskular
<b>Campak</b>	1x	-	Pada usia 9 bulan	0,5 ml	Pemberian secara subkutan

Sumber : (IDAI, 2000; Gunardi et al., 2017)

## **2.4. Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)**

### **2.4.1. Tuberkulosis**

Tuberkulosis (TB) merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang berbagai organ terutama paru-paru. Bila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas maka dapat menimbulkan komplikasi yang berbahaya hingga dapat menyebabkan kematian (Kemenkes RI, 2015).

Sejak penjajahan Belanda, pengendalian penyakit Tuberkulosis (TB) sudah berlangsung di Indonesia, namun masih terbatas pada suatu kelompok tertentu. Pada tahun 1906 vaksin BCG berhasil ditemukan. Sejak tahun 1969 pengendalian penyakit Tuberkulosis dilakukan secara nasional melalui layanan Puskesmas (Kemenkes RI, 2015).

Pada hasil survei *Global Tuberculosis Report* WHO (2016), pada tahun 2015 di Indonesia diperkirakan kasus tuberkulosis sebesar 395/100.000 penduduk dan jumlah angka kematian sebesar 40/100.000 penduduk (tanpa penderita HIV dengan Tuberkulosis) sedangkan 10/100.000 penduduk pada penderita HIV dengan tuberkulosis. Pada tahun 2015 semua kasus tuberkulosis ditemukan sebesar 330.729 kasus, mengalami peningkatan menjadi 351.893 kasus pada tahun 2016. Pada tahun 2016 kasus Tuberkulosis pada usia 0-14 tahun sebesar 9,04% terjadi di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

### **2.4.2. Difteri**

Difteri merupakan penyakit yang menyerang sistem pernapasan bagian atas yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae*, umumnya menyerang

anak berusia 1-10 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Penularannya dapat melalui kontak dengan penderita atau *carrier*. Penularan jarang sekali ditemukan melalui peralatan yang tercemar oleh *discharge* dari lesi penderita difteri. Media penularannya lainnya yaitu susu yang tidak dipasteurisasi. Masa penularan beragam, pada penularan sampai tidak lagi ditemukan bakteri dari *discharge* dan lesi dapat berlangsung dalam waktu 2 minggu atau kurang bahkan dapat lebih dari 4 minggu. Penderita Difteri kronis dapat menularkan penyakit sampai 6 bulan.

Penyakit Difteri muncul terutama pada bulan dengan temperature lebih dingin di Negara sub tropis. Memberikan imunisasi DPT pada waktu bayi merupakan cara pemberantasan yang efektif (Depkes RI, 2002).

Pada tahun 2016, sebanyak 415 kasus Difteri terjadi di Indonesia dengan kasus meninggal sebanyak 24 kasus. Kasus kejadian Difteri tertinggi terjadi di Jawa Timur dengan 209 kasus. Sebesar 51% dari seluruh kasus Difteri yang terjadi diantaranya tidak mendapatkan vaksinasi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

### 2.4.3. Pertusis

Pertusis atau yang biasa disebut batuk rejan merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertussis*. Masa inkubasi penyakit Pertusis umumnya 7-20 hari (Sumarni, 2008)

Cara penularan Pertusis kepada orang lain dapat melalui kontak langsung dengan *discharge* selaput lendir saluran pernafasan dari orang yang terinfeksi lewat udara, kemungkinan juga penularan melalui percikan ludah melalui tetesan dari batuk atau bersin. Tanpa dilakukan perawatan, penderita pertusis dapat menularkan kepada orang lain sampai tiga minggu setelah batuk mulai terjadi. Penyebaran

penyakit endemis yang sering menyerang anak-anak terutama usia dini tersebar diseluruh dunia, tidak tergantung pada cuaca, etnis maupun lokasi geografis (Sumarni, 2008)

Pencegahan penyakit Pertusis dapat dilakukan dengan melaksanakan imunisasi DPT pada usia dua, empat dan enam bulan. Injeksi booster diperlukan saat anak berusia 4 tahun serta anak remaja dan orang dewasa yang tinggal dan bekerja bersama anak-anak kecil Lembar Fakta Penyakit Menular (Sumarni, 2008)

#### **2.4.4. Tetanus**

Tetanus Neonatorum (TN) disebabkan oleh kuman *Clostridium tetani* yang masuk ke tubuh melalui luka. Karena pemotongan tali pusat dengan alat yang tidak steril, bayi baru lahir dapat terinfeksi penyakit Tetanus. Pada negara berkembang kasus Tetanus Neonatorum banyak terjadi karena rendahnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Tetanus terdapat 4 tipe, yaitu Tetanus lokal, generalisata, sefalik, dan neonatal. Secara klinis tetanus dibagi menjadi 4 derajat, yaitu derajat I (ringan), derajat II (sedang), derajat III (berat), dan derajat IV (stadium terminal). Pengobatan Tetanus dapat dilakukan dengan cara pemberian antibiotik, netralisasi toksin, perawatan luka dan terapi suportif lainnya (Leman & Tumbelaka, 2010)

Hasil Survei Profil Kesehatan Indonesia (2017) pada tahun 2015 terjadi 53 kasus Tetanus dari 13 provinsi, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2016 menjadi 33 kasus dari 7 provinsi dengan jumlah 14 kasus meninggal. Jawa Timur memiliki kasus Tetanus terbanyak yaitu 19 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

#### 2.4.5. Polio

Polio disebabkan oleh infeksi virus yang menyerang sistem syaraf, terutama menyerang anak balita. Penularan utamanya melalui fekal-oral. Gejala awal Polio ditandai dengan demam, mual, lelah, kaku di leher, sakit kepala, serta sakit di tungkai dan lengan. Sebagian besar pasien Polio akan pulih, Namun pada kasus yang lebih berat, Polio dapat menyebabkan cacat permanen dan kematian. Pada 1 dari 200 infeksi Polio menyebabkan kelumpuhan permanen yang biasanya terjadi pada area tungkai. Sekitar 5- 10% pasien penderita kelumpuhan meninggal karena kelumpuhan pada otot-otot pernafasan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Masa inkubasi polio pada umumnya berkisar 7 – 14 hari, dengan rentang waktu 3 – 35 hari. Polio sangat mudah menular, penularannya melalui jalur fekal-oral sampai akhirnya menyerang sistem saraf pusat (Satari, 2018).

#### 2.4.6. Campak

Penyebab penyakit campak yaitu virus campak golongan *Paramyxovirus*. Penularan dapat terjadi melalui kontaminasi droplet (ludah) orang yang telah terinfeksi melalui udara. Campak merupakan salah satu penyakit penyebab kematian tertinggi pada anak usia pra sekolah dan usia SD. Penyakit campak sangat infeksius karena dapat menular sejak awal masa prodromal yaitu 4 hari sebelum muncul ruam sampai lebih kurang 4 hari setelah munculnya ruam (Halim, 2016; Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Gejala penyakit Campak seperti demam, batuk, pilek, lelah, mata merah dan sakit. Setelah itu, beberapa hari kemudian timbul ruam. Terjadi ruam yang dimulai pada muka, lalu menyebar ke area tubuh selama 4-7 hari. Sepertiga dari penderita

campak mengalami komplikasi, seperti infeksi telinga, diare dan pneumonia yang mungkin memerlukan rawat inap. Dapat juga terjadi komplikasi lain yang lebih serius, seperti radang paru (pneumonia), radang otak (ensefalitis), kebutaan, gizi buruk dan bahkan kematian (NSW Health dan Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Berdasarkan hasil survei Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016. Pada tahun 2015 jumlah kasus Campak sebesar 10.655 kasus, namun pada tahun 2016 terjadi peningkatan jumlah kasus campak menjadi 10.655 kasus. Kasus campak terbanyak dilaporkan berasal dari Provinsi Jawa Timur (2.937 kasus). Pada Provinsi Jawa Barat dilaporkan terdapat 1 kasus meninggal (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

#### **2.4.7. Hepatitis B**

Hepatitis B merupakan infeksi yang disebabkan oleh virus hepatitis B. Hepatitis berarti radang atau bengkak hati. Hepatitis B dapat terjadi secara akut karena virus DNA maupun kronik yang berkembang dari Hepatitis B akut. Hepatitis B kronis dapat terinfeksi pada 90% bayi baru lahir, 20-50% anak 1- 5 tahun, dan 1-10% anak lebih besar dan orang dewasa. Penderita infeksi kronis dapat menularkan penyakitnya seumur hidup. Komplikasi yang dapat terjadi setelah sakit bertahun-tahun adalah sirosis atau kanker hati (NSW Health, 2007; Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Pada umumnya Hepatitis B tidak menunjukkan gejala apapun sewaktu baru terinfeksi. Apabila timbul gejala, tidak ada gejala khas yang terjadi hanya seperti rasa lesu, mual, muntah, nafsu makan berkurang, demam ringan, nyeri abdomen area kanan, sakit sendi, ikterus (kekuningan pada kulit dan mata) dan air kencing berwarna pekat seperti teh (NSW Health, 2007; Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Penularan virus Hepatitis B apabila darah atau cairan tubuh penderita (seperti air liur, air mani dan cairan vagina) yang berisi virus Hepatitis B memasuki tubuh orang lain melalui kelahiran, kontak dengan darah atau luka terbuka penderita, berhubungan seks tanpa menggunakan kondom, benda yang dipakai bersamaan seperti pisau cukur, sikat gigi, jarum suntik, suntikan, atau peralatan injeksi obat-obatan lainnya yang tercemar (U.S. Department of Health and Human Services ; NSW Health, 2007)

## **2.5. Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)**

Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) adalah suatu kejadian medik yang berhubungan dengan imunisasi (*vaccine related*) ataupun efek samping, reaksi sensitivitas, reaksi suntikan, efek farmakologis, toksitas, kejadian kesalahan program, koinsidensi atau belum dapat diketahui (*unknown*) hubungan kausal dengan imunisasi (Achmadi, 2006). Menurut Departemen Kesehatan RI (2005) Kejadian Pasca Imunisasi adalah semua kejadian sakit dan kematian yang dapat terjadi dalam masa satu bulan setelah imunisasi yang diduga adanya suatu hubungan dengan pemberian imunisasi.

Reaksi simpang vaksin dapat menyebabkan gejala KIPI yang dikarenakan pemberian vaksin seharusnya sudah dapat diprediksi terlebih dahulu. Secara klinis biasanya hanya terjadi gejala ringan. Meskipun demikian, gejala klinis berat dapat terjadi seperti reaksi anafilaktik sistemik. Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) pada tahun 2011, gejala KIPI yang dapat ditemukan adalah :

- a. Reaksi lokal.
  1. Rasa nyeri yang terjadi pada lokai suntikan.

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

2. Kemerahan sampai bengkak di area suntikan terjadi kurang lebih 10% kasus.
  3. Bengkak pada area suntikan DPT dan Tetanus terjadi kurang lebih 50% kasus.
  4. BCG *scar* dapat terjadi minimal setelah 2 minggu kemudian ulserasi dan sembuh setelah beberapa bulan (IDAI, 2011).
- b. Reaksi sistemik
1. Demam terjadi pada kurang lebih 10% kasus, kecuali pada imunisasi DPT terjadi hampir 50% kasus. Terjadi reaksi lain seperti iritabel, malaise, gejala sistemik.
  2. Infeksi virus dan vaksin dapat terjadi pada imunisasi MMR dan Campak. Terjadi demam dan atau ruam dan konjungtivitas pada kurang lebih 5-15% dan lebih ringan jika dibandingkan dengan infeksi campak namun lebih berat pada kasus imunodefisiensi.
  3. Pada *mumps* terjadi pembengkakan kelenjar parotis, rubella terjadi nyeri sendi kurang lebih 15% dan dapat terjadi pembengkakan limfe (IDAI, 2011).
- c. Reaksi vaksin berat
1. Kejang
  2. Trombositopenia
  3. *Hypotonic hyporesponsive episode*
  4. Anafilaksis, potensial menjadi fatal tetapi dapat disembuhkan tanpa dampak jangka panjang.
  5. Ensefalopati akibat imunisasi campak atau DPT.

6. *Persistent inconsolable screaming* bersifat *self limiting* dan tidak merupakan masalah jangka panjang (IDAI, 2011).

## 2.6. Pelayanan Kesehatan

Pembangunan kesehatan periode 2015-2019 merupakan Program Indonesia Sehat dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung oleh jaminan kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 menjelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu alat dan/atau tempat yang dapat digunakan untuk menyelenggarakan suatu upaya pelayanan kesehatan, seperti upaya promotif, preventif, kuratif ataupun rehabilitatif yang dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Berdasarkan pasal 52 ayat 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009, pelayanan kesehatan terdiri atas :

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan merupakan pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga yang dilaksanakan oleh perseorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat. Pelayanan kesehatan perseorangan dilaksanakan di rumah sakit, klinik bersalin, dan praktik mandiri.
- b. Pelayanan kesehatan masyarakat bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif yang dilaksanakan pada pelayanan kesehatan tertentu seperti

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

puskesmas. Pelayanan kesehatan masyarakat dilaksanakan oleh kelompok ataupun masyarakat.

Pada pasal 52 ayat 2 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 menjelaskan kegiatan pelayanan kesehatan yang dimaksudkan diatas meliputi kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, yang masing-masing bertujuan sebagai :

- a. Promotif bertujuan lebih mengutamakan kegiatan seperti promosi kesehatan.
- b. Preventif ialah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit.
- c. Kuratif merupakan suatu kegiatan atau serangkaian pengobatan yang ditujukan untuk dapat menyembuhkan suatu penyakit, pengurangan penderitaan, pengendalian penyakit, dan pengendalian kecacatan yang bertujuan agar dapat menjaga kualitas penderita seoptimal mungkin.
- d. Rehabilitatif adalah kegiatan atau serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk mengembalikan penderita yang telah sembuh ke dalam masyarakat sehingga dapat menjadi anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, sesuai dengan kemampuannya dengan semaksimal mungkin.

## **2.7. Model Perilaku Kesehatan**

Terdapat beberapa teori yang menjelaskan determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perilaku, terutama perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, salah satu diantaranya adalah Teori Lawrence

Green (1980) yang menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatannya. Faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor bukan perilaku (*non behaviour causes*) dapat mempengaruhi kesehatan seseorang atau masyarakat. Perilaku terbentuk atau ditentukan dari ketiga faktor, yaitu : (Notoatmodjo, 2014)

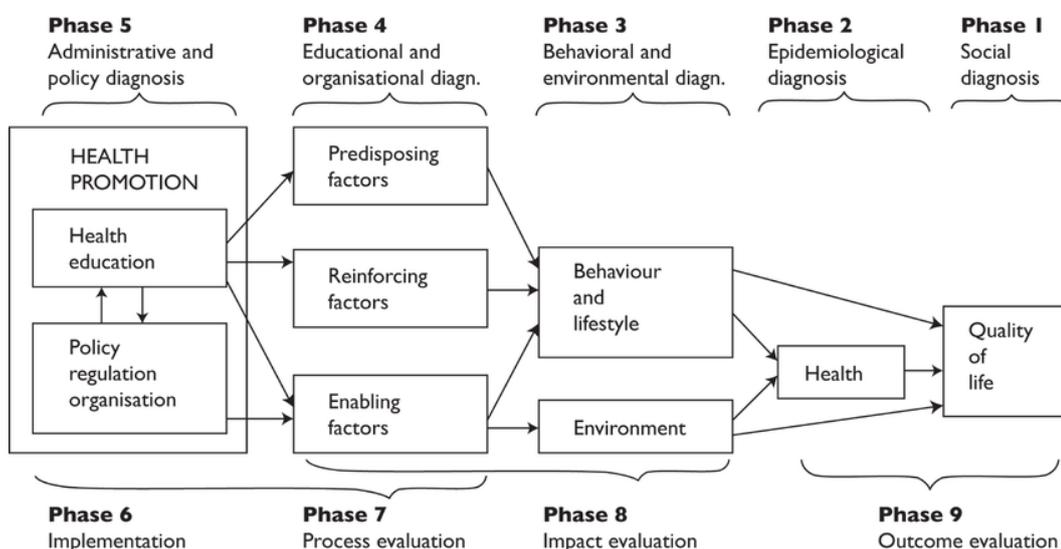
- 2.1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) adalah faktor yang menjadi dasar atau motivasi terjadinya perilaku terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. Persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu dan kelompok termasuk faktor demografi seperti umur, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, dan ukuran keluarga.
- 2.2. Faktor pendukung (*enabling factor*) merupakan faktor yang mendukung terlaksanakannya suatu motivasi. Faktor ini terwujud dalam lingkungan fisik seperti ketersediaan fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan obat-obatan, kemudahan dalam mencapai pelayanan kesehatan dan keterampilan petugas.
- 2.3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) ialah faktor pendorong terjadinya perubahan perilaku seseorang yang terwujud dalam bentuk perilaku hidup sehat. Faktor ini berasal dari perilaku tenaga kesehatan atau petugas lain, keluarga, teman, atau kelompok pekerja yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. (Notoatmodjo, 2014)

Selanjutnya dalam program promosi kesehatan dikenal adanya model pengkajian dan penindaklanjutan (*Precede-Proceed Model*) yang diadaptasi dari konsep Lawrence Green. Model tersebut mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara, atau meningkatkan perilaku tersebut ke arah yang

lebih positif. Proses pengkajian atau pada tahap *precede* dan proses penindaklanjutan pada tahap *proceed*. Suatu program untuk memperbaiki perilaku kesehatan adalah penerapan keempat proses pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan (Nursalam, 2017)

1. Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai dibidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat sejahtera. Semakin sejahtera maka kualitas hidup seseorang semakin tinggi. Salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang adalah derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi.
2. Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan maka akan tergambarakan masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Pengaruh yang paling besar terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.
3. Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis, dan sosial budaya yang langsung/tidak mempengaruhi derajat kesehatan.
4. Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis pekerjaannya mengikuti tren yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupun hanya untuk meniru dari tokoh idolanya. (Nursalam, 2017).

Proses pelaksanaannya Lawrence W. Green menggambarkan dalam bagan berikut ini (Nursalam, 2017).



Gambar 2.1 *Procede-preceed model* (Green LW. & Kreuter MW, 1991 ; Nursalam, 2017)

## 2.8 Faktor yang mempengaruhi imunisasi lengkap

Berdasarkan model perilaku kesehatan yang telah dijelaskan terdapat beberapa hal yang dianggap berhubungan dengan kelengkapan imunisasi seperti jenis kelamin anak, usia orang tua, pendidikan orang tua, urutan kelahiran, pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*), status ekonomi, tempat tinggal, dan tempat persalinan.

### 2.8.1. Jenis kelamin anak

Beberapa negara berkembang mendapatkan data bahwa kesempatan anak laki-laki mendapatkan imunisasi lebih lengkap daripada anak perempuan menunjukkan kultur yang mendiskriminasikan anak perempuan pada masyarakat tertentu. Hasil penelitian Bhuiya (1995) dalam penelitian Taufiq (2010) mengatakan bahwa anak laki-laki lebih memiliki kesempatan 20% status imunisasi

dasarnya lengkap dari pada anak perempuan, didukung dengan penelitian Chowdhury (2003) melaporkan bahwa cakupan imunisasi anak perempuan lebih rendah dibandingkan anak laki-laki, yaitu 57,1% dan 63,4% dan hasil penelitian Yadav (2005) di jamnagar City, India menemukan hasil yaitu persentase status imunisasi dasar lengkap anak laki-laki lebih besar (75,3%) dibandingkan anak perempuan (70,0%).

### **2.8.2. Usia orang tua**

Ibu yang berusia lebih muda dan baru memiliki anak biasanya cenderung lebih memberikan perhatian tentang kesehatan anaknya, termasuk pemberian imunisasi (Isfan, 2006). Usia yang paling aman bagi seorang ibu untuk melahirkan anaknya adalah usia 20 sampai 30 tahun (Saputra, 2009). Penelitian Widiyanti (2008) menyampaikan bahwa ibu berusia < 30 tahun cenderung melakukan imunisasi lengkap 2,03 kali dibandingkan dengan ibu yang berusia  $\geq$  30 tahun.

### **2.8.3. Pendidikan orang tua**

Menurut penelitian Hera (2015), Ida Suryawati dkk (2016) dan Wahyuni dkk (2016) menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan orang tua terhadap pemberian imunisasi dasar lengkap (Hafid, Martini, & Devy, 2016; Suryawati, 2016; Triana, 2016). Penelitian Isfan (2006) menjelaskan bahwa ibu yang berpendidikan rendah memiliki resiko 2 kali lebih besar status imunisasi dasar anaknya tidak lengkap dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian Wardhana (2001) dalam penelitian Taufiq (2010) yang melaporkan bahwa ibu berpendidikan rendah beresiko 7,2 kali status imunisasi dasar anaknya tidak lengkap dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi. Hal yang hampir sama juga ditemukan pada

penelitian Chhabra (2004) bahwa ayah yang berpendidikan tinggi (bersekolah >8 tahun) berhubung dengan status kelengkapan imunisasi dasar anaknya lengkap daripada anak yang berpendidikan rendah (Taufiq, 2010). Penelitian Ambar (2015) menjelaskan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan ibu dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi usia 9-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Jatinegara sebesar  $p\text{ value} = 0,02$  (Wulandari, 2015).

#### **2.8.4. Urutan kelahiran**

Ibu yang mempunyai tiga orang anak atau lebih cenderung tidak lengkap pada imunisasi dasar anaknya jika dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak satu atau dua orang saja (Wardhana, 2001). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Isfan (2006) menjelaskan semakin banyak jumlah anak terutama bagi ibu yang masih mempunyai bayi yang merupakan anak ketiga atau lebih lebih akan membutuhkan banyak waktu untuk juga mengurus anak-anaknya yang lain, sehingga semakin sedikitnya ketersediaan waktu bagi ibu untuk mendatangi tempat fasilitas kesehatan untuk melakukan imunisasi.

#### **2.8.5. Pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*)**

Penelitian yang dilakukan oleh Rahmadewi (1994) menjelaskan bahwa pemeriksaan kehamilan memiliki kontribusi yang cukup besar terhadap kelengkapan imunisasi anak. Jika ibu melakukan kegiatan pemeriksaan kehamilan sehingga ibu telah melakukan kontak langsung dengan pelayanan kesehatan yang secara tidak langsung memberikan informasi mengenai tentang pentingnya imunisasi (Rahmadewi, 1994). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Luriana (2012) yang menjelaskan bahwa ibu yang melakukan pemeriksaan K4 secara lengkap lebih tinggi kelengkapan imunisasi dasar pada balitanya dibandingkan

dengan ibu yang pemeriksaan kehamilan K-4 nya tidak lengkap. Namun, hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Suandi (2001) dan Savitri (2009) dimana kelengkapan pemeriksaan kehamilan tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan status imunisasi dasar (Luriana, 2012).

#### **2.8.6. Status ekonomi**

Penghasilan keluarga atau status ekonomi berkontribusi dalam mempengaruhi kelengkapan imunisasi karena imunisasi membutuhkan biaya untuk mengunjungi tempat pelayanan kesehatan, biaya administrasi dan biaya vaksin itu sendiri (ShaoChun, 2008). Pada penelitian Isfan (2006) menjelaskan bahwa kelengkapan imunisasi menurut kepemilikan barang seperti radio, tv, dan kendaraan bermotor akan melakukan imunisasi lebih lengkap jika dibandingkan dengan ibu yang tingkat kepemilikan barangnya rendah yaitu tidak memiliki salah satu barang tersebut (Isfan, 2006).

#### **2.8.7. Tempat tinggal**

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menjelaskan kelengkapan imunisasi pada anak berusia 12-23 bulan lebih tinggi pada daerah tempat tinggal perkotaan jika dibandingkan dengan perdesaan. Sebanyak 42,1 persen dari 1.624 jumlah anak yang tinggal di perkotaan mendapat imunisasi lengkap. Berbanding terbalik dengan di daerah perdesaan, dari 1.709 jumlah anak hanya 38,6 persen yang mendapatkan imunisasi lengkap (SDKI, 2012). Penelitian Febriana (2009) menjelaskan tempat tinggal penduduk yang tersebar dalam wilayah yang luas menyebabkan timbulnya kesulitan untuk mencapai program imunisasi secara penuh. (Febriana, 2009)

### **2.8.8. Tempat persalinan**

Sebelum survei dilakukan sebanyak 63 persen anak yang lahir dalam lima tahun dilahirkan di fasilitas kesehatan, diantaranya 17 persen dilahirkan di fasilitas kesehatan pemerintah seperti rumah sakit pemerintah atau pusat kesehatan masyarakat, dan 46 persen dilahirkan di fasilitas kesehatan swasta seperti rumah sakit swasta, klinik, praktik dokter/bidan/bidan di desa. Ibu berusia dibawah 20 tahun yang melahirkan di fasilitas kesehatan cenderung lebih kecil jika dibandingkan dengan ibu yang berusia lebih tua. Sebanyak 30 persen persalinan dengan urutan kelahiran anak pertama dilahirkan dirumah, hasil tersebut lebih sedikit jika dibandingkan dengan persalinan pada urutan kelahiran anak ke enam dan lebih yaitu 67 persen. Sebanyak 77 persen ibu yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan lebih cenderung memilih melahirkan di rumah jika dibandingkan dengan ibu yang memeriksakan kehamilannya empat kali atau lebih selama kehamilannya yaitu 31 persen (SDKI, 2012).

### **2.8.9. Penolong persalinan**

Menurut Green Lawrence dan Anderson bahwa faktor tenaga kesehatan merupakan faktor yang mendukung pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pada penelitian Suandi (2001) menunjukkan bahwa penolong persalinan berpengaruh terhadap pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi. Ibu yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan, bayinya mempunyai peluang 3,3 kali untuk mendapatkan HB-1 nya pada usia dini dibanding bayi dari ibu yang persalinannya ditolong oleh bukan tenaga kesehatan. Sejalan dengan penelitian Nita (2010) yang menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara penolong persalinan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar, dimana penolong persalinan oleh

nakes lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan imunisasi dasar dibandingkan penolong persalinan oleh non nakes. Hal ini dikarenakan pada umumnya tenaga kesehatan akan menyarankan orang tua balita untuk mengimunisasi anaknya. Penelitian Savitri (2009) yang menyatakan bahwa peluang ibu yang melahirkan dengan ditolong oleh petugas kesehatan maka kelengkapan imunisasi anaknya 2 kali dibandingkan ibu yang melahirkan ditolong oleh non petugas kesehatan. Namun hubungan ini tidak bermakna (Savitri, 2009)

## 2.9 Keaslian Penelitian

*Keyword* yang digunakan dalam pencarian database untuk keaslian penelitian ini adalah *determinants* dan *immunization 12-23 months*. Literatur artikel jurnal dicari melalui data base Scopus dengan batas tahun 2015 sampai 2018. Literatur jurnal yang didapatkan peneliti sebanyak 21 jurnal namun setelah dibaca hanya sebanyak 8 jurnal yang sesuai dalam penelitian ini. Berikut merupakan daftar artikel yang digunakan dalam keaslian penelitian

Tabel 2.2 Keaslian Penelitian Determinan Kelengkapan Imunisasi pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia.

No	Judul	Metode	Hasil Penelitian
1.	<b>Judul :</b> <i>Determinants of immunization status among 12-23 month old children in Indonesia (2008–2013): a multilevel sanalysis.</i>	<b>Desain :</b> Menggunakan data dari Gelombang Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) 2008, 2011 dan 2013, Data sensus desa nasional (Potensi Desa atau PODES) dari tahun 2008, 2011, dan 2013. Semua data dikumpulkan oleh BPS. <b>Sampel :</b> Data SUSENAS pada dua strata (perkotaan dan pedesaan) untuk setiap kabupaten / kota. SUSENAS 2008 sebanyak 285.904 rumah tangga. SUSENAS 2011 dan 2013 sebanyak 300.000 rumah tangga. PODES adalah sensus tingkat desa dan mengumpulkan berbagai data	Faktor peningkatan imunisasi yaitu : meningkatkan kualitas pendidikan dan kondisi ekonomi di kalangan masyarakat, meningkatkan kesadaran pentingnya imunisasi anak kepada orang tua terutama ibu, meningkatkan akses kesehatan dan

<b>Tahun :</b> 2018	tingkat desa (wilayah pemerintahan terkecil). PODES 2008 dan 2011 masing-masing mencakup 73.198 dan 77.126 desa.	meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan dan penyedia layanan kesehatan di daerah pedesaan
	<b>Variabel :</b> <b>a. Dependen :</b> cakupan imunisasi penuh. <b>b. Independen :</b> Jenis tempat tinggal, kehadiran petugas profesional selama persalinan, status pekerjaan ibu, usia ibu, pendidikan ibu, status paritas, indeks kekayaan, pendapatan rumah tangga, ketersediaan penyedia layanan kesehatan untuk layanan imunisasi, dan ketersediaan tenaga kesehatan.	
	<b>Instrumen :</b> survei menggunakan kuesioner dan wawancara.	
	<b>Analisis :</b> Analisis dilakukan dengan menggunakan model <i>multilevel logistic regression</i> . Data dianalisis dengan menggunakan STATA 13.	
<b>2. Judul :</b> <i>Evaluation of Immunization Coverage and its Associated Factors Among Children 12–23 Months of Age in Techiman Municipality, Ghana</i>	<b>Desain :</b> penelitian <i>cross-sectional</i> . <b>Sampel :</b> Survei dilakukan pada 600 anak-anak pada usia 9 bulan. <b>Variabel :</b> <b>a. Dependen :</b> cakupan imunisasi penuh. <b>b. Independen :</b> tingkat pendidikan, pekerjaan orang tua, paritas, usia orang tua, etnis, agama, usia anak dan jenis kelamin anak, kepemilikan kartu imunisasi dan hubungan anak dengan responden. Wawancara mengenai imunisasi seperti dosis dan tanggal yang diterima.	Status imunisasi (89,5%) dan cakupan berkisar 92 hingga 99% dari 15 dosis vaksin. Lebih tinggi dibanding target nasional GAVI dan UNICEF sebesar 80%. Faktor prediktor yaitu status imunisasi anak, usia ibu / pengasuh, status perkawinan, etnis, agama, jenis kelamin anak dan kepemilikan kartu imunisasi anak. Sekitar 10,5% anak-anak tidak diimunisasi sepenuhnya karena waktu imunisasi tidak tepat, tempat
<b>Penulis :</b> Martin Nyaaba Adokiya, Benjamin Baguune dan Joyce Aputere Ndago.	<b>Instrumen :</b> survei menggunakan kuesioner, <i>vaccination card</i> dan wawancara.	
<b>Tahun :</b> 2017	<b>Analisis :</b> Data dianalisis dengan menggunakan STATA (versi 12.1). Data dimasukkan dan <i>cleaned</i> menggunakan SPSS version 17.0	

		kemudian diimpor ke Stata 12.1 untuk analisis regresi logistik bivariat dan multivariat.	imunisasi tidak diketahui, ibu terlalu sibuk, anak sedang sakit, takut efek samping, dan vaksin yang tidak memadai.
<b>3.</b>	<b>Judul :</b> <i>Socio-Economic and Demographic Determinants of Full Immunization Among Children of 12–23 Months in Afghanistan</i> <b>Penulis :</b> Raidoon Farzad, Joshua A. Reyer, Eiko Yamamoto dan Nobuyuki Hamajima. <b>Tahun :</b> 2017	<b>Desain :</b> penelitian <i>cross-sectional</i> . <b>Sampel :</b> Survei dilakukan pada 2.561 anak berusia 12-23 bulan dalam data AHS 2012. Status vaksinasi ditemukan untuk 1.028 (40,1%) anak-anak dari kartu vaksin dan sisanya 1.533 (59,9%) dari ingatan ibu / pengasuh. <b>Variabel :</b> <b>a. Dependen :</b> cakupan imunisasi penuh. <b>b. Independen :</b> tempat tinggal, jenis kelamin anak, pendidikan ibu atau pengasuh, <i>antenatal care</i> , paritas dan status kekayaan. <b>Instrumen :</b> survei menggunakan kuesioner, <i>vaccination card</i> dan wawancara. <b>Analisis :</b> Data dianalisis dengan model regresi logistik untuk memperkirakan odds ratio (OR) untuk faktor-faktor dengan 95% CI. Nilai $p < 0,05$ dianggap signifikan. Analisis dilakukan menggunakan SPSS versi 20.	Status imunisasi penuh dikaitkan dengan tempat tinggal, status kekayaan, status pendidikan ibu / pengasuh. Tidak ada cakupan vaksin spesifik yang mencapai target NIP Afghanistan 2011-2015 sebanyak 90%. Proporsi anak-anak yang diimunisasi lengkap yang berusia 12-23 bulan masih jauh di bawah cakupan optimal. Cakupan lebih rendah jika dibandingkan dengan negara berkembang seperti Burkina Faso, Malawi, India, Bangladesh dan Pakistan.
<b>4.</b>	<b>Judul :</b> <i>Determinants of Complete Immunization Among Senegalese Children Aged 12– 23 Months: Evidence From the Demographic</i>	<b>Desain :</b> penelitian <i>cross-sectional</i> . <b>Sampel :</b> Survei dilakukan pada total 392 cluster. Sebanyak 147 cluster daerah perkotaan dan 245 cluster daerah pedesaan. Total 2199 wanita yang disurvei. <b>Variabel :</b> <b>a. Dependen :</b> cakupan imunisasi penuh. <b>b. Independen :</b> pendidikan ibu, usia ibu, agama, status pernikahan, etnis ibu, indeks	Cakupan imunisasi pada anak berusia 12-23 bulan di bawah tujuan nasional (> 80%) dan tujuan internasional (> 90%). Faktor yang mempengaruhi imunisasi yaitu karakteristik individu ibu, karakteristik rumah

<p><i>and Health Survey.</i></p> <p><b>Penulis :</b> Mouhamed Abdou Salam Mbengue, Moussa Sarr, Adama Faye, Ousseynou Badiane, Fatou Bintou Niang Camara, Souleymane Mboup dan Tandakha Ndiaye Dieye.</p> <p><b>Tahun :</b> 2017</p>	<p>kekayaan, dan tempat tinggal.</p> <p><b>Instrumen :</b> survei menggunakan kuesioner, <i>vaccination card</i> dan wawancara.</p> <p><b>Analisis :</b> Dilakukan analisis bivariat dan regresi logistik binomial. Variabel yang signifikan pada <math>p\text{-value} \leq 0,25</math> dimasukkan dalam model regresi logistik multivariabel. Prosedur manajemen data dan analisis statistik dilakukan menggunakan perangkat lunak STATA versi 13.</p>	<p>tangga dan penggunaan layanan antenatal.</p>
<p><b>5. Judul :</b> <i>Determinants of Full Vaccination Status in Children Aged 12–23 Months in Gurúé and Milange Districts, Mozambique: Results of a Population-Based Cross-Sectional Survey.</i></p> <p><b>Penulis :</b> Shellese A. Shemwell, Meridith B. Peratikos, Lázaro González-Calvo, Montse Renom-Llonch,</p>	<p><b>Desain :</b> penelitian <i>cross-sectional</i>.</p> <p><b>Sampel :</b> Survei dilakukan pada 1.650 wanita dengan anak-anak berusia 12-23 bulan di distrik Guré dan Milange.</p> <p><b>Variabel :</b></p> <p><b>a. Dependen :</b> cakupan imunisasi penuh.</p> <p><b>b. Independen :</b> usia responden, status pernikahan, tingkat pendidikan, jumlah anggota rumah tangga, jumlah anak di bawah 5 tahun, responden memahami bahasa Portugis, etnis, agama, lama tinggal di tempat tinggal, tempat tinggal, rumah memiliki listrik, radio, televisi, ponsel, kepala rumah tangga menyajikan kartu imunisasi, dan kartu imunisasi anak.</p> <p><b>Instrumen :</b> survei menggunakan kuesioner, <i>vaccination card</i> dan wawancara.</p> <p><b>Analisis :</b> Analisis menggunakan R-software 3.0.2. Jika ada non-linearitas (<math>p &lt; 0,10</math>), dimasukkan</p>	<p>Sebagian besar anak-anak diimunisasi lengkap jika kepala keluarga perempuan mereka memahami bahasa Portugis. Tidak ada perbedaan yang terlihat untuk status perkawinan, ukuran rumah tangga, kelompok etnis, agama atau tempat tinggal. Langkah besar diambil untuk mengurangi lima kelemahan dalam mencapai target MDGs. Upaya intensif difokuskan pada yang berpendidikan paling rendah, paling jauh dari fasilitas kesehatan, dan mengambil pendekatan yang</p>

<p>Alexandre Boon, Samuel Martinho, Charlotte B. Cherry, Ann F. Green dan Troy D. Moona</p> <p><b>Tahun :</b> 2017</p>	<p>dalam model menggunakan <i>restricted cubic splines</i>. Pemetakan dan pemvisualisasi pola pengambilan vaksin menggunakan ArcGIS versi 10.3.1 (ESRI, Redlands, CA, USA). Data diproyeksikan ke Moznet UTM Zone 36S.</p>	<p>lebih berpusat pada keluarga diperlukan untuk meningkatkan pengambilan vaksin.</p>
<p><b>6. Judul :</b> <i>Factors influencing full immunization coverage among 12–23 months of age children in Ethiopia: evidence from the national demographic and health survey in 2011.</i></p> <p><b>Penulis :</b> Yihunie Lakew, Alemayhu Bekele dan Sibhatu Biadgilign</p> <p><b>Tahun :</b> 2015</p>	<p><b>Desain :</b> Penelitian <i>cross sectional</i>.</p> <p><b>Sampel :</b> Survei menggunakan desain <i>sampling cluster two-stage</i>. Semua wanita usia 15-49 tahun yang tinggal di rumah dengan memenuhi beberapa syarat.</p> <p><b>Variabel :</b></p> <p><b>a. Dependen :</b> cakupan imunisasi penuh.</p> <p><b>b. Independen :</b> usia ibu, pekerjaan ibu, kematian anak, paritas, agama, pendidikan ibu, pendidikan suami, indeks kekayaan, urutan kelahiran, kesadaran akan bermasyarakat, sumber informasi vaksinasi, pemeriksaan pascakelahiran dalam waktu 2 bulan setelah kelahiran, perawatan antenatal minimal 4 kali, tempat persalinan, jumlah anak yang tinggal di rumah, jenis kelamin anak dan status perkawinan. Variabel ekspektasi masyarakat yaitu tempat tinggal, zona agroklimat dan daerah administratif.</p> <p><b>Instrumen :</b> Data EDHS dalam kuesioner wanita.</p> <p><b>Analisis :</b> Data dari penelitian ini dianalisis dengan analisis bivariat dan analisis multivariabel pada <i>software STATA</i> versi 11.</p>	<p>Cakupan imunisasi lengkap di Ethiopia sangat rendah dibandingkan luar negeri. Cakupan imunisasi perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan pedesaan. Independen variabel adalah sumber informasi, pemeriksaan <i>postnatal</i> dalam waktu dua bulan setelah kelahiran, indeks kekayaan dan wilayah administratif. Petugas kesehatan memberikan penyuluhan tentang motivasi kesadaran imunisasi dan manfaat imunisasi anak kepada ibu dan masyarakat untuk meningkatkan imunisasi anak di masyarakat.</p>
<p><b>7. Judul :</b> <i>Level of immunization coverage and associated</i></p>	<p><b>Desain :</b> Penelitian <i>cross sectional</i>.</p> <p><b>Sampel :</b> survei dilakukan pada 751 ibu yang memiliki anak usia 12-23 bulan.</p> <p><b>Variabel :</b></p>	<p>Tingkat cakupan imunisasi ditemukan rendah di antara anak-anak berusia 12-23 bulan</p>

<p><i>factors among children aged 12-23 months in Lay Armachiho District, North Gondar Zone, Northwest Ethiopia: a community based cross sectional study.</i></p>	<p><b>a. Dependen :</b> cakupan imunisasi penuh.</p> <p><b>b. Independen :</b> Jenis kelamin anak-anak, usia ibu, status pendidikan, status pernikahan, pekerjaan ibu, etnis, agama, pendapatan bulanan, jumlah anggota keluarga, waktu yang diperlukan untuk mencapai fasilitas kesehatan terdekat.</p> <p><b>Instrumen :</b> pengumpulan data menggunakan kuesioner dalam bahasa Inggris yang diterjemahkan ke Amharik.</p> <p><b>Analisis :</b> Analisis bivariabel dan multivariabel. Semua variabel dengan nilai <math>p &lt; 0,2</math> dalam analisis bivariabel dimasukkan ke dalam <i>multiple logistic regression</i>. Selanjutnya <i>back ward stepwise regression</i> digunakan dan variabel yang memiliki nilai <math>p &lt; 0,05</math> dianggap memiliki hubungan yang signifikan. Data yang terkumpul dilakukan <i>coded, entered</i> dan <i>cleaned</i> menggunakan Epi info versi 7 dan kemudian diekspor ke SPSS versi 20 untuk dianalisis.</p>	<p>di kabupaten studi awam dibandingkan dengan target MDG nasional (minimal 90,0%) yang akan dicapai pada tahun 2015. Ibu yang mengonsumsi imunisasi toksoid tetanus selama kehamilan, jenis kelamin anak, tempat tinggal, ibu yang dapat mengetahui jumlah sesi yang dibutuhkan dan usia imunisasi anak ternyata merupakan faktor yang terkait dengan status imunisasi penuh anak-anak.</p>
<p><b>8. Judul :</b> <i>Vaccine Coverage and Determinants of Incomplete Vaccination in Children Aged 12–23 Months in Dschang, West Region, Cameroon: a Cross-Sectional Survey During a Polio Outbreak.</i></p> <p><b>Penulis :</b></p>	<p><b>Desain :</b> penelitian <i>cross-sectional household</i>.</p> <p><b>Sampel :</b> Sampel berjumlah 540 pada anak usia 12-23 bulan. Populasi pada tahun 2012 adalah 218.006 penduduk (17% anak di bawah lima tahun), kebanyakan berasal dari kelompok etnis Bamiléké.</p> <p><b>Variabel :</b></p> <p><b>a. Dependen :</b> cakupan imunisasi penuh.</p> <p><b>b. Independen :</b> urutan kelahiran, usia ibu, usia ayah, pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan ibu, agama orang tua, <i>prenatal care</i>, tipe keluarga, indeks kekayaan, jarak ke pelayanan</p>	<p>Cakupan vaksinasi di Dschang (Wilayah Barat, Kamerun) tinggi, dan tingkat perlindungan yang baik terhadap risiko penyebaran WPV. Namun, meskipun tidak ada anak-anak yang benar-benar tidak divaksinasi, hampir 1 dari 7 anak dikosongkan sebagian, dan hampir 1 dari 4 anak tidak menyelesaikan vaksinasi yang</p>

---

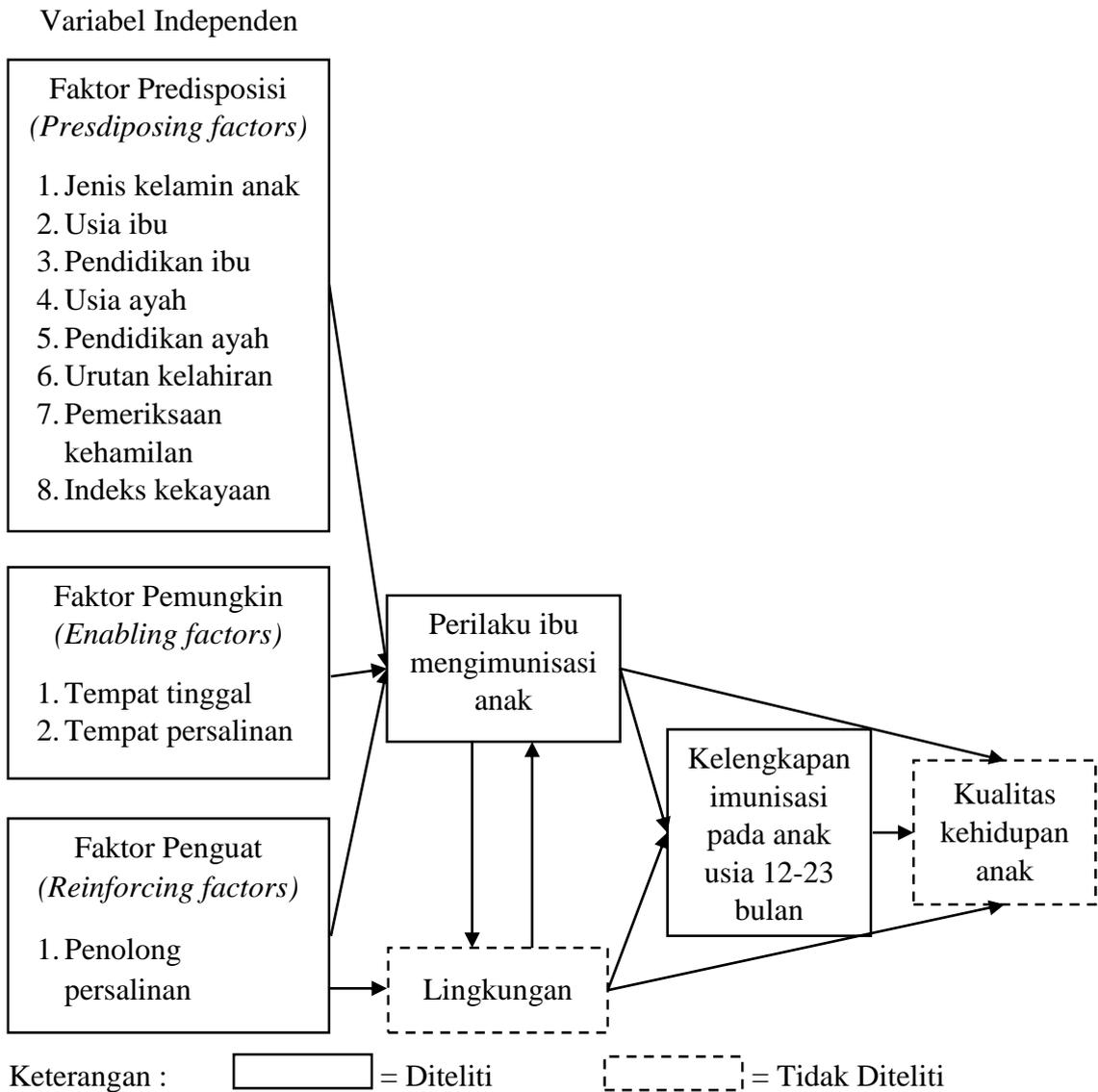
Gianluca Russo, Alessandro Miglietta, Patrizio Pezzotti, Rodrigue Mabvouna Biguioh, Georges Bouting Mayaka, Martin Sanou Sobze, Paola Stefanelli, Vincenzo Vullo dan Giovanni Rezza2 <b>Tahun :</b> 2015	kesehatan imunisasi, jumlah anak yang berusia <5 tahun di keluarga, lama tinggal di Dschang, pengetahuan orang tua tentang vaksinasi, sikap terhadap imunisasi, informasi tentang imunisasi diterima orang tua secara teratur, opini layanan imunisasi di Dschang. <b>Instrumen :</b> survei menggunakan kuesioner, <i>vaccination card</i> dan wawancara. <b>Analisis :</b> Analisis dilakukan dengan menggunakan model uji chi-square dan <i>multilevel logistic regression</i> . Signifikansi statistik ditetapkan pada $p < 0,05$ . Data dianalisis dengan menggunakan STATA (versi 12.0).	direkomendasikan pada usia 12 bulan. Orang tua dan keluarga yang lebih muda yang tinggal jauh dari pusat-pusat vakum harus ditargetkan dengan strategi promosi imunisasi yang tepat, dan peningkatan layanan perawatan dan pemeriksaan kehamilan, harus ditangani untuk meningkatkan cakupan imunisasi dan pemberian vaksin yang tepat (tepat waktu). Informasi dan sikap terhadap imunisasi harus diperkuat dengan program pendidikan vaksinasi yang memadai.
--	--	--

---

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1. Kerangka Konseptual Penelitian**



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Determinan Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia yang diadaptasi pada teori Precede-proceed model oleh Lawrence Green & Kreuter MW (1991) yang telah disesuaikan.

Teori Lawrence Green (1980) menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatannya. Faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor bukan perilaku (*non*

*behaviour causes*) dapat mempengaruhi kesehatan seseorang atau masyarakat.

Perilaku terbentuk atau ditentukan dari ketiga faktor, yaitu :

- 3.1.1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) adalah faktor yang berhubungan dengan motivasi individu dan kelompok termasuk faktor demografi seperti umur, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, dan ukuran keluarga.
- 3.1.2. Faktor pendukung (*enabling factor*) merupakan faktor pendukung terlaksanakannya suatu motivasi yang terwujud dalam lingkungan fisik seperti ketersediaan fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan obat-obatan, kemudahan dalam mencapai pelayanan kesehatan dan keterampilan petugas.
- 3.1.3. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) ialah faktor pendorong terjadinya perubahan perilaku seseorang yang terwujud dalam bentuk perilaku hidup sehat, seperti perilaku tenaga kesehatan atau petugas lain, keluarga, teman, atau kelompok pekerja yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. (Notoatmodjo, 2014)

Kerangka konsep yang digunakan oleh peneliti adalah berdasarkan pada teori Precede-proceed model oleh Lawrence Green & Kreuter MW pada tahun 1991 yang telah dimodifikasi sesuai dengan data yang ada dalam SDKI 2012 dan informasi dari penelitian sebelumnya. Pada penelitian determinan kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia pada tahun 2012 yang diteliti adalah faktor predisposisi meliputi jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, usia ayah, pendidikan ayah, urutan kelahiran, pemeriksaan kehamilan, dan indeks kekayaan, faktor pemungkin seperti tempat tinggal dan tempat persalinan, dan faktor penguat yaitu penolong persalinan seperti pada gambar 3.1.

### 3.2. Hipotesis

H1 :

1. Ada hubungan antara jenis kelamin anak dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
2. Ada hubungan antara usia ibu dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
3. Ada hubungan antara pendidikan ibu dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
4. Ada hubungan antara usia ayah dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
5. Ada hubungan antara pendidikan ayah dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
6. Ada hubungan antara urutan kelahiran dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
7. Ada hubungan antara pemeriksaan kehamilan dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
8. Ada hubungan antara indeks kekayaan dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
9. Ada hubungan antara tempat persalinan dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
10. Ada hubungan antara tempat tinggal dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
11. Ada hubungan antara penolong persalinan dengan status kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1. Rancangan penelitian yang digunakan.

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012. SDKI adalah bagian dari program internasional Demographic and Health Survey (DHS). Desain penelitian yang digunakan *Cross sectional* (Potong Lintang). Variabel-variabel yang termasuk faktor bebas (independen) dan faktor terikat (dependen) diobservasi sekaligus pada saat yang sama. Desain penelitian ini dipilih karena efisiensi (hemat waktu), serta sampel yang representatif dari populasi sehingga dapat digeneralisasikan hasil studi tersebut.

##### 4.1.1. SDKI 2012

Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) atau yang biasa disebut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan. Pembiayaan survei disediakan oleh Pemerintah Indonesia. ICF International menyediakan bantuan teknis melalui proyek MEASURE DHS, sebuah program yang didanai oleh U.S. Agency for International Development (USAID). Laporan ini memuat temuan utama Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. SDKI adalah bagian dari program internasional Demographic and Health Survey (DHS), yang dirancang untuk mengumpulkan data fertilitas, keluarga berencana, dan kesehatan ibu dan anak (SDKI, 2012).

Informasi tentang status imunisasi dikumpulkan dengan dua cara yaitu wawancara kepada ibu balita usia 12-23 bulan dan menggunakan data dari catatan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) atau catatan dalam Buku Kesehatan Ibu Anak (KIA). Bila salah satu dari keduasumber tersebut menyatakan bahwa anak sudah diimunisasi dapat disimpulkan bahwa anak tersebut sudah diimunisasi untuk jenis tersebut. Anak disebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap bila sudah mendapatkan semua jenis imunisasi satu kali BCG, tiga kali DPT, tiga kali Polio, tiga kali HB, dan satu kali imunisasi campak (SDKI, 2012).

#### **4.1.2. Prosedur Sampling SDKI 2012**

Sejak tahun 2002-2003, survei ini mencakup pria dan wanita kawin umur 15-54 tahun, dan wanita dan pria remaja belum kawin umur 15-24 tahun. Temuan survei remaja disajikan dalam laporan yang terpisah. SDKI 2012 sampel didesain untuk menghasilkan estimasi tingkat nasional, perdesaan perkotaan, dan tingkat provinsi. Dalam wawancara rumah tangga, dihasilkan 47.533 wanita umur 15-49 tahun yang diidentifikasi bisa diwawancarai secara individu dan dari hasil identifikasi tersebut sebanyak 45.607 wanita selesai diwawancarai dengan hasil capaian wawancara sejumlah 96 persen. Dari sepertiga rumah tangga, dapat diidentifikasi sebanyak 10.086 pria kawin umur 15-54 tahun yang dapat diwawancarai, sebanyak 9.306 pria kawin setelah diwawancarai, dengan tingkat pencapaian sejumlah 92 persen (SDKI, 2012).

## **4.2. Populasi, sampel (kriteria inklusi, eksklusi), dan teknik pengambilan sampel (*sampling*).**

### **4.2.1. Populasi**

Populasi penelitian ini adalah rumah tangga yang meliputi 33 provinsi di Indonesia, sedangkan pemilihan sampel berdasarkan rasio dengan menggunakan stratifikasi dan *multistage random sampling*. Survei dilaksanakan secara nasional di daerah perkotaan dan pedesaan sebanyak 44.302 rumah tangga, sebanyak 99 persen rumah tangga yang berhasil diwawancarai yaitu 43.852 rumah tangga. Dalam wawancara rumah tangga ditemukan sebanyak 47.533 wanita yang memenuhi syarat untuk diwawancarai perseorangan, tetapi yang berhasil dilakukan wawancara sebanyak 45.607 wanita dengan hasil wanita yang pernah melahirkan dalam 5 tahun terakhir berjumlah 32.883, wanita yang memiliki balita di seluruh Indonesia sebanyak 16.954 wanita, sedangkan wanita yang memiliki anak terakhir berusia 12-23 bulan sebanyak 3.231 wanita (SDKI, 2012).

### **4.2.2. Sampel**

Sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh populasi studi. Unit analisis adalah ibu yang memiliki bayi yang berusia 12-23 bulan. Alasan pemilihan sampel ibu yang memiliki bayi yang berusia 12-23 bulan karena penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran dan faktor-faktor yang berhubungan dengan status imunisasi dasar lengkap pada balita umur 12-23 bulan. Kriteria inklusi dalam penelitian ini yakni semua ibu yang memiliki bayi berusia 12-23 bulan dan mengisi semua pertanyaan kuesioner dengan lengkap, sedangkan kriteria eksklusinya adalah jika balita berumur kurang dari 12 bulan atau lebih dari 23 bulan (SDKI, 2012).

#### 4.2.3. Teknik pengambilan sampel

Secara administratif Indonesia terbagi menjadi 33 provinsi. Setiap provinsi dibagi menjadi distrik (kabupaten di daerah pedesaan dan kota di daerah perkotaan). Kabupaten dibagi menjadi kecamatan dan setiap kecamatan dibagi lagi menjadi desa-desa. Seluruh desa diklasifikasikan sebagai perkotaan atau pedesaan (SDKI, 2012).

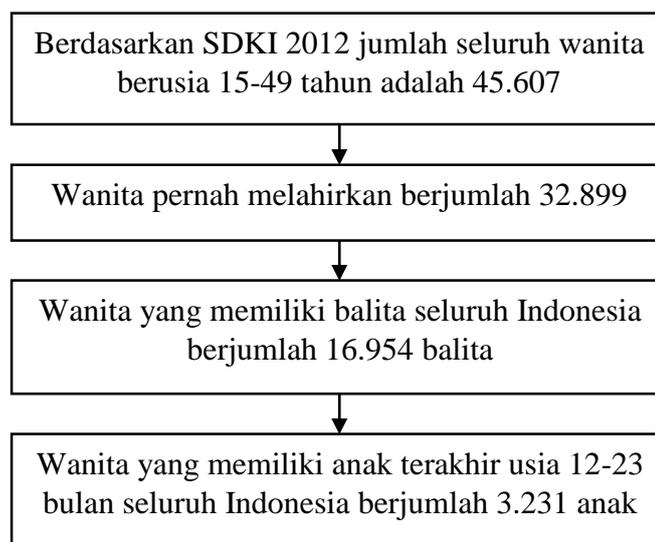
Sampel SDKI 2012 bertujuan untuk memberikan estimasi karakteristik utama untuk wanita usia 15-49 tahun dan pria yang sudah menikah usia 15-54 tahun di Indonesia secara keseluruhan, di daerah perkotaan dan pedesaan, dan di masing-masing dari 33 provinsi yang termasuk dalam survei. Untuk mencapai tujuan ini, total 1.840 blok sensus (CB) sebanyak 874 di daerah perkotaan dan 966 di daerah pedesaan dipilih dari daftar blok sensus pada *primary unit sampling* (PSU) yang terbentuk saat Sensus Penduduk 2010.

Karena sampel dirancang untuk memberikan indikator yang dapat diandalkan untuk setiap provinsi, jumlah blok sensus di setiap provinsi tidak dialokasikan secara proporsional dengan populasi provinsi atau klasifikasi perkotaan-perdesaannya. Oleh karena itu, prosedur penyesuaian penimbangan akhir dilakukan untuk mendapatkan perkiraan untuk semua domain. Minimal 43 blok sensus (CB) per provinsi dikenakan dalam desain SDKI 2012 (SDKI, 2012).

Dalam setiap blok sensus, *updating* dan pemetaan daftar rumah tangga secara lengkap dilakukan pada bulan April 2012. Daftar lengkap rumah tangga di masing-masing blok sensus dijadikan dasar untuk pengambilan sampel tahap kedua. Sebanyak 25 rumah tangga dipilih secara sistematis dari setiap blok sensus.

Semua wanita usia 15-49 yang memenuhi syarat untuk wawancara di SDKI, dan semua pria yang belum menikah usia 15-24 memenuhi syarat untuk diwawancarai dalam komponen Remaja dari SDKI. Delapan rumah tangga dipilih secara sistematis dari 25 rumah tangga untuk survei pria. Di rumah tangga ini, semua pria yang sudah menikah usia 15-54 memenuhi syarat untuk wawancara individu (SDKI, 2012).

Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh SDKI 2012, peneliti memilih sampel diantara populasi yang sesuai dengan penelitian ini yaitu ibu yang memiliki anak berusia 12-23 bulan. Cara pengambilan sampel adalah :



Gambar 4.1 Proses Pengambilan Sampel

### 4.3. Variabel penelitian dan Definisi operasional variabel.

#### 4.3.1. Variabel penelitian

Variabel bebas pada penelitian ini terdiri dari jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, usia ayah, pendidikan ayah, urutan kelahiran, pemeriksaan kehamilan, indeks kekayaan, tempat persalinan, tempat tinggal, dan penolong persalinan. Sedangkan variabel tak bebasnya adalah status kelengkapan imunisasi

pada anak usia 12-23 bulan yang dikategorikan menjadi dua kategori, yaitu imunisasi lengkap dan imunisasi tidak lengkap.

Penelitian mencakup seluruh wilayah Indonesia dengan unit analisis adalah wanita usia subur (15 – 49 tahun) yang telah memiliki anak dan melaksanakan imunisasi dasar lengkap pada anaknya ataupun tidak melakukan imunisasi dasar lengkapnya pada anaknya berdasarkan hasil data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 yang dilaksanakan oleh BPS.

## 4.3.2. Definisi operasional variabel

Tabel 4.1 Definisi Operasional Determinan Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Kode
<b>Independen</b> Jenis kelamin anak.	Status biologis anak usia 12-23 bulan.	Jenis kelamin : 1. Laki – laki 2. Perempuan	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : Laki-laki = kode 0 Perempuan = kode 1
<b>Independen</b> Usia ibu.	Umur ibu yang memiliki anak berusia 12-23 bulan dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir pada saat pengumpulan data.	Menurut kriteria DHS : 1. 15-19 tahun 2. 20-24 tahun 3. 25-29 tahun 4. 30-34 tahun 5. 35-39 tahun 6. 40-44 tahun 7. 45-49 tahun	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : 15-19 tahun = kode 1 20-24 tahun = kode 2 25-29 tahun = kode 3 30-34 tahun = kode 4 35-39 tahun = kode 5 40-44 tahun = kode 6 45-49 tahun = kode 7
<b>Independen</b> Pendidikan ibu.	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang telah dicapai ibu.	Tingkat pendidikan formal tertinggi : 1. Tidak Sekolah 2. <i>Primary</i> 3. <i>Secondary</i> 4. <i>Higher</i>	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : Tidak Sekolah = kode 0 <i>Primary</i> = kode 1 <i>Secondary</i> = kode 2 <i>Higher</i> = kode 3  Catatan : * Tingkat pendidikan <i>primary</i> adalah SD * Tingkat pendidikan <i>secondary</i> adalah SMP dan SMA

IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

					* Tingkat pendidikan <i>higher</i> adalah Akademi dan Universitas
<b>Independen</b> Usia ayah.	Umur ayah yang memiliki anak berusia 12-23 bulan dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir pada saat pengumpulan data.	Usia menurut kriteria DHS : 1. 15-19 tahun 2. 20-24 tahun 3. 25-29 tahun 4. 30-34 tahun 5. 35-39 tahun 6. 40-44 tahun 7. 45-49 tahun 8. 50-54 tahun	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : 15-19 tahun = kode 1 20-24 tahun = kode 2 25-29 tahun = kode 3 30-34 tahun = kode 4 35-39 tahun = kode 5 40-44 tahun = kode 6 45-49 tahun = kode 7 ≥ 50 tahun = kode 8
<b>Independen</b> Pendidikan ayah.	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang telah dicapai ayah.	Tingkat pendidikan formal tertinggi : 1. Tidak Sekolah 2. <i>Primary</i> 3. <i>Secondary</i> 4. <i>Higher</i>	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : Tidak Sekolah = kode 0 <i>Primary</i> = kode 1 <i>Secondary</i> = kode 2 <i>Higher</i> = kode 3  Catatan : * Tingkat pendidikan <i>primary</i> adalah SD * Tingkat pendidikan <i>secondary</i> adalah SMP dan SMA * Tingkat pendidikan <i>higher</i> adalah Akademi dan Universitas

IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

<b>Independen</b> Urutan kelahiran.	Urutan anak keberapa yang berusia 12-23 bulan pada saat wawancara	Kriteria urutan kelahiran menurut DHS : 1. 1 2. 2-3 3. 4-5 4. 6 dan seterusnya	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : 1 = kode 1 2-3 = kode 2 4-5 = kode 3 ≥ 6 = kode 4
<b>Independen</b> Pemeriksaan kehamilan.	Melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) pada petugas kesehatan yang meliputi minimal 5T	Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan menurut DHS : 1. < 4 2. ≥ 4	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Rasio	Kode untuk jawaban : < 4 = kode 0 ≥ 4 = kode 1
<b>Independen</b> Indeks kekayaan.	Tingkat kekayaan keluarga yang memiliki anak berusia 12-23 bulan.	Tingkat kekayaan keluarga menurut DHS : 1. Terbawah 2. Menengah bawah 3. Menengah 4. Menengah atas 5. Teratas	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : Terbawah = kode 1 Menengah bawah = kode 2 Menengah = kode 3 Menengah atas = kode 4 Teratas = kode 5
<b>Independen</b> Tempat persalinan.	Lokasi yang dijadikan tempat melaksanakan persalinan.	Tempat persalinan menurut DHS : 1. Non fasilitas kesehatan. 2. Fasilitas kesehatan.	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : Non fasilitas kesehatan = kode 0 Fasilitas kesehatan = kode 1

Catatan :  
\* Non fasilitas kesehatan = *home, respondent's home, other home, dan public sector*

IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

					* Fasilitas kesehatan = <i>hospital/clinic, health center, village health post, delivery post, other public sector, private sector, hospital, maternity hospital, maternity home, clinic, general practitioner, obstetrician, midwife, nurse, village midwife, dan other private sector.</i>
<b>Independen</b> Tempat tinggal.	Daerah tempat tinggal yang ditempati bayi.	Jenis daerah tempat tinggal menurut DHS : 1 = Perkotaan 2 = Pedesaan	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : Perkotaan = kode 0 Pedesaan = kode 1
<b>Independen</b> Penolong persalinan.	Orang yang berperan lebih utama dalam membantu persalinan ibu dan memegang bayi saat baru keluar.	Penolong persalinan berkualifikasi tertinggi menurut DHS : 1. Profesional. 2. Non profesional.	Kuesioner IDHS tahun 2012.	Nominal	Kode untuk jawaban : Profesional = kode 0 Non profesional = kode 1  Catatan : * Profesional = <i>doctor, obstetrician, nurse, midwife, dan village midwife.</i> * Non profesional = <i>traditional birth attendant, relative/friend dan other.</i>
<b>Dependen</b>	Kelengkapan lima jenis imunisasi yang diwajibkan	Kriteria :	Kuesioner IDHS tahun	Nominal	Kode untuk jawaban : Tidak lengkap = kode 0

IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Status imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan.	untuk balita atau biasa disebut L-I-L (Lima Imunisasi Dasar Lengkap) yaitu BCG, DPT, Polio, Hepatitis B, dan Campak. (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 16111/Menkes/SK/XI/2005)	Melaksanakan imunisasi pada usia 0-11 bulan BCG, DPT1-3, Polio 1-3, Hepatitis B 0-3, dan Campak yang datanya diperoleh dari ibu.	2012 <i>section 5.</i>	Lengkap = kode 1 Catatan : • Disebut tidak imunisasi jika status imunisasinya tidak lengkap • Status imunisasi lengkap bila semua imunisasi dasar (BCG, DPT1-3, Polio 1-3, Hepatitis B 0-3, dan Campak) diterima oleh bayi usia 12-23 bulan.
--	--	--	---------------------------	---

#### **4.4. Instrumen penelitian.**

Instrumen yang digunakan oleh Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilaksanakan pada tahun 2012 adalah kuesioner milik *Demographic and Health Surveys Methodology* (DHS) pada tahun 2011 pada bagian *woman's questionnaires*.

#### **4.5. Lokasi dan waktu penelitian.**

Penelitian SDKI 2012 dilaksanakan di Indonesia pada tahun 2012 pada 33 provinsi di Indonesia. Kegiatan peralihan petugas lapangan dilakukan pada tanggal 22 April sampai dengan 5 Mei 2012, sementara kegiatan lapangannya dimulai dari 7 Mei sampai dengan 31 Juli 2012. Pengolahan data dilaksanakan pada bulan Juni sampai dengan Oktober 2012. Pada bulan November 2012 telah diterbitkan laporan pendahuluan. Tabulasi untuk laporan akhir dilakukan pada bulan Desember 2012 sampai dengan Maret 2013, dan laporan akhir dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan Juli 2013. Peneliti melakukan penelitian mengenai Determinan Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia berdasarkan data SDKI 2012 pada bulan April – Juni 2018.

#### **4.6. Prosedur pengambilan atau pengumpulan data.**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan data yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2017). Beberapa hal berikut ini yang dilakukan peneliti sebelum dilakukannya pengambilan dan pengumpulan data :

##### **4.6.1. Download data SDKI 2012**

Langkah pertama yang dilakukan peneliti yaitu download data yang dibutuhkan pada penelitian ini. Data yang dibutuhkan peneliti adalah data Survei

Demografi dan Kesehatan Indonesia pada tahun 2012 yang dapat diakses pada laman [measuredhs.com](http://measuredhs.com). dalam bentuk *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versi 22.0. Laman tersebut menyediakan laporan SDKI 2012 dalam bentuk bahasa Inggris dengan kode IDKR63FL.

#### **4.6.2. Penyuntingan data (*editing data*)**

Sebelum dilakukan pemasukan data (*entry data*), maka peneliti terlebih dahulu melakukan *editing data*. *Editing data* bertujuan untuk mempermudah tahap entri data.

#### **4.6.3. Pembersihan data (*cleaning*)**

Pembersihan data (*cleaning*) adalah kegiatan untuk mendeteksi dan mengoreksi data dalam basis data yang tidak benar, tidak lengkap, formatnya tidak tepat, berlebihan, atau melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode. Kemudian peneliti melakukan pembetulan atau koreksi atas data yang terjadi kesalahan. Pembersihan data tidak hanya mengoreksi kesalahan, tetapi juga menekankan konsistensi antara sekumpulan data yang berbeda yang berasal dari sistem informasi yang terpisah (Lusiana, 2015 dan Kenneth, 2007).

#### **4.6.4. Identifikasi variabel**

Peneliti melakukan penentuan variabel-variabel yang diperlukan dalam penelitian ini. Beberapa variabel yang telah ditentukan akan dikelompokkan menjadi variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Variabel bebas (*independent*) pada penelitian ini adalah jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, usia ayah, pendidikan ayah, urutan kelahiran, pemeriksaan kehamilan, indeks kekayaan, tempat tinggal, tempat persalinan, dan penolong

persalinan. Sedangkan variabel terikat (*dependent*) pada penelitian ini adalah kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan.

#### **4.6.5. Analisis data SDKI 2012**

Semua data dianalisis dengan menggunakan *International Business Machines Corporation Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS) versi 22.0 untuk *Windows* (I.B.M. Corp., 2013)

### **4.7. Cara analisis data.**

#### **4.7.1. Analisis Univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas (*independent*) maupun variabel terikat (*dependent*). Variabel bebas (*independent*) pada penelitian ini adalah jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, usia ayah, pendidikan ayah, urutan kelahiran, pemeriksaan kehamilan, indeks kekayaan, tempat tinggal, tempat persalinan, dan penolong persalinan. Sedangkan variabel terikat (*dependent*) pada penelitian ini adalah kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan.

#### **4.7.2. Analisis Bivariat**

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel bebas (*independent*) dengan variabel terikat (*dependent*) dengan melakukan uji *chi-square* dengan derajat kemaknaan  $p$  sebesar 0,05. Hasil uji statistik dikatakan bermakna (signifikan) jika nilai  $p$  lebih kecil dari nilai  $\alpha$  ( $p$  value  $< 0,05$ ). Selain itu digunakan untuk dapat melihat keeratan hubungan antara variabel bebas (*independent*) dengan variabel terikat (*dependent*) maka digunakan Odds Ratio (OR).

#### 4.7.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat menggunakan uji analisis regresi berganda yang bertujuan untuk mengetahui variabel bebas (*independent*) mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel terikat (*dependent*), variabel bebas (*independent*) berhubungan dengan variabel terikat (*dependent*) dipengaruhi variabel lain atau tidak., dan bentuk hubungan beberapa variabel bebas (*independent*) dengan variabel terikat (*dependent*) membentuk hubungan langsung atau pengaruh tidak langsung.

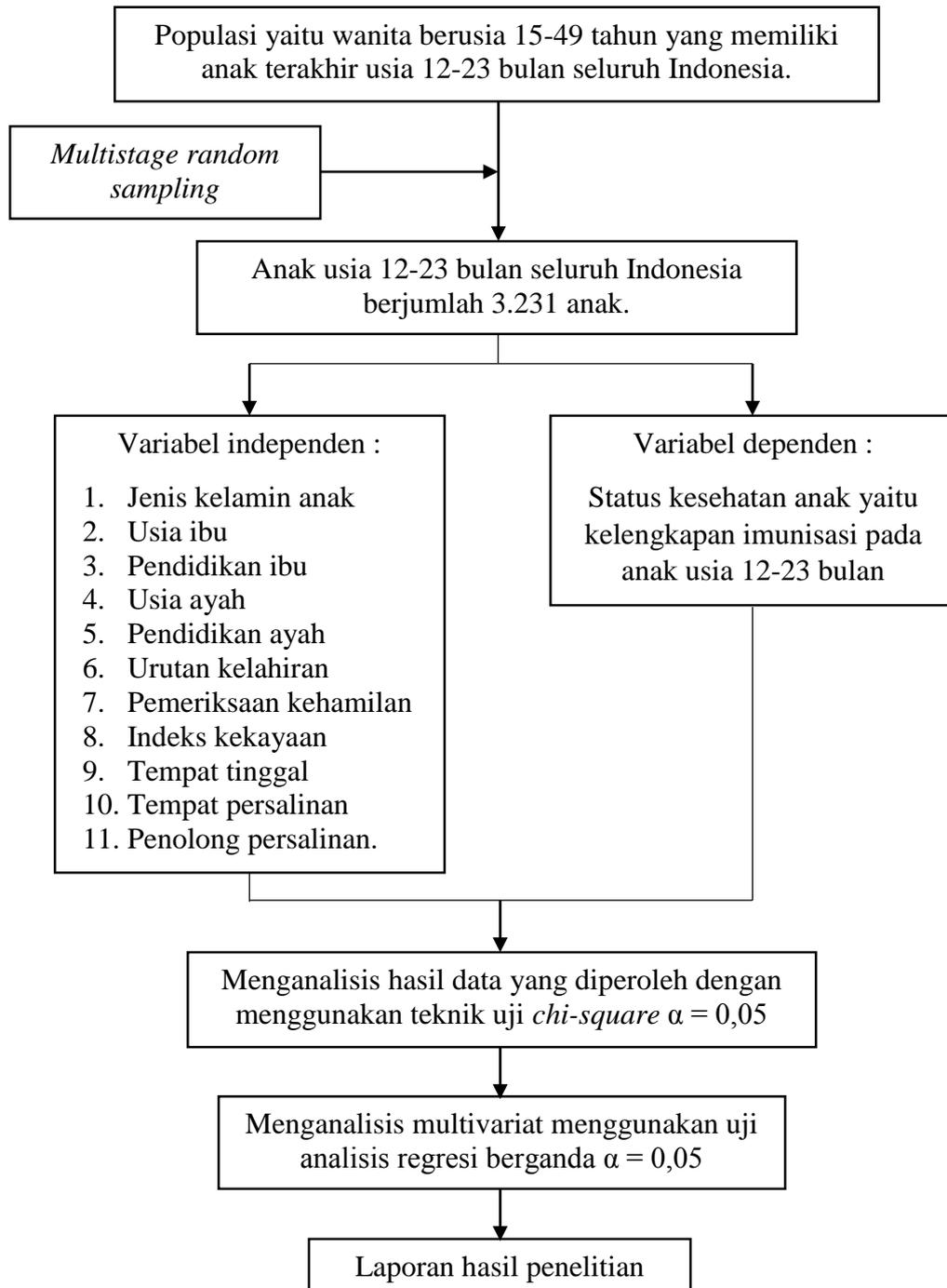
Tahapan analisis multivariat sebagai berikut :

- a. Melakukan analisis bivariat untuk menentukan variabel yang menjadi kandidat model. Variabel independen (bebas) dihubungkan dengan variabel dependent (bivariat). Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $p < 0,05$  maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Tetapi apabila secara substansi, variabel tersebut dianggap penting maka dapat dimasukkan ke model multivariat walaupun nilai  $p > 0,05$ .
- b. Analisis terus dilakukan dengan memilih variabel yang dianggap penting untuk dimasukkan ke dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai  $p \text{ value} < 0,05$  dan mengeluarkan variabel yang nilai  $p \text{ valuenya} > 0,05$ . Untuk variabel yang memiliki nilai  $p \text{ value nya} > 0,05$  dikeluarkan dari model satu persatu, dimulai dari variabel yang nilai  $p \text{ value}$  yang paling besar (Hastono, 2007).

#### 4.8. Kerangka operasional kerja.

Kerangka operasional atau kerja adalah suatu langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian kemudian ditulis dalam bentuk kerangka atau alur

dalam penelitian (Hidayat, 2003). Kerangka operasional kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Kerja Penelitian Determinan Imunisasi Dasar Lengkap pada Anak Usia 12-23 Bulan Di Indonesia.

**4.9. Masalah Etik (*Ethical Clearance*).**

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 dilakukan di bawah pengawasan kolaboratif Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes), bagian dari Departemen Kesehatan dari Indonesia. Balitbangkes melakukan tinjauan etika independen protokol SDKI 2012. Semua pengenal responden telah dihapus dari data, dan para peserta memberikan persetujuan tertulis mereka untuk menjadi termasuk dalam penelitian ini, dengan formulir persetujuan yang ditandatangani disimpan di bawah manajemen Departemen Kesehatan. Wawancara untuk SDKI 2012 kemudian dilakukan setelah mendapat persetujuan dari masing-masing peserta. Izin untuk penggunaan data dalam penelitian ini diperoleh dari ICF International, bagian dari program DHS (DHS 2013).

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Hasil

Data yang digunakan pada penelitian ini menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012. Data SDKI 2012 dikumpulkan oleh 119 tim petugas. Satu tim terdiri dari delapan orang yaitu 1 orang pengawas pria, 1 orang editor wanita untuk wanita usia subur (WUS) dan pria kawin (PK), 4 orang wanita pewawancara WUS, 1 orang pria pewawancara PK (merangkap sebagai editor remaja pria (RP), dan 1 orang pria pewawancara RP. Pada daerah Papua dan Papua Barat, satu tim terdiri dari lima orang: 1 orang pengawas pria (merangkap sebagai editor PK dan RP), 1 orang editor WUS (wanita), 2 orang wanita pewawancara WUS dan 1 orang pria pewawancara PK dan RP. Kegiatan lapangan berlangsung dari 7 Mei sampai 31 Juli 2012. Sampel SDKI 2012 dirancang untuk memperoleh angka estimasi tingkat nasional, perkotaan dan perdesaan, dan provinsi. Berdasarkan kategori rumah tangga yang berhasil diwawancarai ada 45.607 wanita, namun subyek penelitian yang masuk dalam kriteria inklusi dalam penelitian ini yakni semua ibu yang memiliki bayi berusia 12-23 bulan dan mengisi semua pertanyaan kuesioner dengan lengkap, berdasarkan kriteria tersebut diperoleh sebanyak 3.231 responden.

Hasil analisis univariat dalam penelitian ini untuk melihat gambaran variabel terikat (*dependent*) yaitu kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan dan variabel bebas (*independent*) yaitu jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, usia ayah, pendidikan ayah, urutan kelahiran, *antenatal care*, indeks kekayaan, tempat persalinan, tempat tinggal, dan penolong persalinan.

Variabel yang diteliti diuraikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sebagai berikut :

### 5.1.1. Gambaran Status Imunisasi

Tabel 5.1 Distribusi Status Imunisasi di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012

Status Imunisasi Dasar	n	%
- Lengkap	1208	37,4
- Tidak lengkap	2023	62,6
Total	3231	100,0

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui jika hanya sepertiga anak usia 12-23 bulan di Indonesia mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Cakupan imunisasi dasar lengkap di Indonesia masih rendah hanya 37,4% anak, selisih jauh jika dibandingkan dengan cakupan imunisasi yang tidak lengkap sebesar 62,6% anak.

Tabel 5.2 Distribusi Jenis Imunisasi di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012

Jenis Imunisasi	n	%
BCG		
- Ya	2808	86,9
- Tidak	423	13,1
DPT 1		
- Ya	2764	85,5
- Tidak	467	14,5
Polio 1		
- Ya	2843	88
- Tidak	388	12
DPT 2		
- Ya	2556	79,1
- Tidak	675	20,9
Polio 2		
- Ya	2690	83,3
- Tidak	541	16,7
DPT 3		
- Ya	2266	70,1
- Tidak	965	29,9
Polio 3		
- Ya	2408	74,5
- Tidak	823	25,5

Campak		
- Ya	2531	78,3
- Tidak	700	21,7
Hepatitis B0		
- Ya	2420	74,9
- Tidak	811	25,1
Hepatitis B1		
- Ya	2396	74,2
- Tidak	835	25,8
Hepatitis B2		
- Ya	2116	65,5
- Tidak	1115	34,5
Hepatitis B3		
- Ya	1492	46,2
- Tidak	1739	53,8
Total	3231	100,0

Berdasarkan tabel tersebut ditemukan juga bahwa cakupan imunisasi yang paling rendah yaitu imunisasi hepatitis B3 sebesar 46,2%, sedangkan imunisasi tertinggi yaitu imunisasi polio 1 sebesar 88%.

### 5.1.2. Distribusi Jenis Kelamin

Tabel 5.3 Distribusi Jenis Kelamin Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Jenis Kelamin Anak	n	%
Laki-laki	1685	52,2
Perempuan	1546	47,8
Total	3231	100,0

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi jenis kelamin anak yang berusia 12-23 bulan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 1685 anak (52,2%), sedangkan anak yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 1546 anak (47,8%).

### 5.1.3. Distribusi Usia Ibu

Tabel 5.4 Distribusi Usia Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Usia Ibu	n	%
15-19	144	4,5
20-24	712	22
25-29	939	29,1
30-34	754	23,3
35-39	474	14,7
40-44	189	5,8
45-49	19	0,6
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi usia ibu yang memiliki anak yang berusia 12-23 bulan, tertinggi didapatkan sebanyak 939 ibu (29.1%) berusia 25-29 tahun dan terendah hanya 19 ibu (0.6%) yang berusia 45-49 tahun. Dapat diambil kesimpulan jika ibu yang paling banyak memiliki anak usia 12-23 bulan adalah ibu usia produktif.

### 5.1.4. Distribusi Pendidikan Ibu

Tabel 5.5 Distribusi Pendidikan Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Pendidikan Ibu	n	%
Tidak Sekolah	80	2,5
<i>Primary</i> (SD)	912	28,2
<i>Secondary</i> (SMP dan SMA)	1770	54,8
<i>Higher</i> (Akademi dan Universitas)	469	14,5
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi pendidikan ibu yang memiliki anak yang berusia 12-23 bulan, didapatkan sebanyak 1770 ibu (54,8%) yang berpendidikan *secondary* dan hanya 80 ibu (2,5%) yang tidak bersekolah. Ibu yang paling banyak memiliki anak usia 12-23 bulan berpendidikan SMP dan SMA.

### 5.1.5. Distribusi Usia Ayah

Tabel 5.6 Distribusi Usia Ayah yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Usia Ayah	n	%
15-19	12	0,4
20-24	260	8,0
25-29	759	23,5
30-34	914	28,3
35-39	642	19,9
40-44	420	13,0
45-49	141	4,4
≥ 50	83	2,6
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi usia ayah yang memiliki anak yang berusia 12-23 bulan, tertinggi didapatkan sebanyak 914 ayah (28,3%) berusia 30-34 tahun dan terendah hanya 12 ayah (0,4%) yang berusia 15-19 tahun. Kesimpulannya yaitu ayah yang paling banyak memiliki anak usia 12-23 bulan adalah ayah dengan usia produktif.

### 5.1.6. Distribusi Pendidikan Ayah

Tabel 5.7 Distribusi Pendidikan Ayah yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Pendidikan Ayah	n	%
Tidak Sekolah	56	1,7
<i>Primary</i> (SD)	944	29,2
<i>Secondary</i> (SMP dan SMA)	1805	55,9
<i>Higher</i> (Akademi dan Universitas)	426	13,2
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi pendidikan ayah yang memiliki anak yang berusia 12-23 bulan, didapatkan sebanyak 1805 ayah (55,9%) yang berpendidikan *secondary* dan hanya 56 ayah (1,7%) yang tidak bersekolah. Ayah yang paling banyak memiliki anak usia 12-23 bulan di Indonesia berpendidikan SMP dan SMA.

### 5.1.7. Distribusi Urutan Kelahiran

Tabel 5.8 Distribusi Urutan Kelahiran pada Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Urutan Kelahiran	n	%
1	1144	35,4
2-3	1554	48,1
4-5	395	12,2
6 dan seterusnya	138	4,3
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, ditemukan jumlah tertinggi pada urutan kelahiran pada anak usia 12-23 bulan yaitu urutan kelahiran ke 2-3 sebanyak 1554 anak (48,1%) dan terendah pada urutan kelahiran ke 6 dan seterusnya hanya sebanyak 138 anak (4,3%).

### 5.1.8. Distribusi *Antenatal Care*

Tabel 5.9 Distribusi *antenatal care* pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

<i>Antenatal care</i>	n	%
< 4	476	14,7
≥ 4	2755	85,3
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi *antenatal care* ibu yang memiliki anak usia 12-23 bulan, didapatkan sebanyak 2755 ibu (85,3%) yang melakukan *antenatal care* sebanyak  $\geq 4$  dan hanya 476 ibu (14,7%) yang melakukan *antenatal care* sebanyak  $< 4$ .

### 5.1.9. Distribusi Indeks Kekayaan Rumah Tangga

Tabel 5.10 Distribusi Indeks Kekayaan Rumah Tangga pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Indeks Kekayaan	n	%
Terbawah	922	28,5
Menengah bawah	712	22
Menengah	576	17,8
Menengah atas	534	16,5
Teratas	487	15,1
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi indeks kekayaan rumah tangga pada ibu yang memiliki anak usia 12-23 bulan, jumlah tertinggi didapatkan sebanyak 922 ibu (28,5%) dengan indeks kekayaan sangat miskin dan jumlah terendah sebanyak 487 ibu (15,1%) dengan indeks kekayaan sangat kaya.

### 5.1.10. Distribusi Tempat Persalinan

Tabel 5.11 Distribusi Tempat Persalinan pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Tempat Persalinan	n	%
Non fasilitas kesehatan	1365	42,2
Fasilitas kesehatan	1866	57,8
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi tempat persalinan pada ibu yang memiliki anak usia 12-23 bulan, didapatkan sebanyak 1866 ibu (57,8%) yang melahirkan di fasilitas kesehatan dan sebesar 1365 ibu (42,2%) yang melahirkan di non fasilitas kesehatan. Meskipun demikian, hasil tersebut hampir seimbang hanya terdapat selisih 15,6%. Fasilitas kesehatan tersebut adalah *hospital/clinic, health center, village health post, delivery post, other public sector, private sector, hospital, maternity hospital, maternity home, clinic, general practitioner, obstetrican, midwife, nurse, village midwife, dan other private sector.*

### 5.1.11. Distribusi Daerah Tempat Tinggal

Tabel 5.12 Distribusi Daerah Tempat Tinggal pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Daerah Tempat Tinggal	n	%
Perkotaan	1457	45,1
Perdesaan	1774	54,9
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan hasil yang hampir seimbang antara ibu yang memiliki anak usia 12-23 bulan perkotaan dan perdesaan. Didapatkan bahwa distribusi daerah tempat tinggal di perdesaan sebesar 1774 ibu (54,9%), sedangkan di perkotaan sebesar 1457 ibu (45,1%).

### 5.1.12. Distribusi Penolong Persalinan

Tabel 5.13 Distribusi Penolong Persalinan pada Ibu yang Memiliki Anak Berusia 12-23 Bulan di Indonesia Berdasarkan Data SDKI Tahun 2012.

Penolong Persalinan	n	%
Professional	2616	81
Non professional	615	19
Total	3231	100

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa distribusi penolong persalinan pada ibu yang memiliki anak usia 12-23 bulan, didapatkan sebanyak 2616 ibu (81%) saat persalinan ditolong oleh tenaga professional dan sebesar 615 ibu (19%) saat persalinan ditolong oleh tenaga non professional. Tenaga professional tersebut adalah dokter, dokter spesialis kandungan, perawat, bidan dan bidan desa.

## 5.2 Analisis Bivariat

Pada penelitian ini, unit yang dianalisis adalah ibu yang memiliki anak berusia 12-23 bulan sesuai dengan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012. Status imunisasi dinyatakan lengkap apabila jika setelah mendapatkan satu kali imunisasi BCG, tiga kali imunisasi DPT, tiga kali imunisasi polio, satu kali imunisasi campak, satu kali imunisasi HB-O, dan tiga kali imunisasi

HB, jika satu saja tidak diimunisasikan atau kurang jumlah imunisasinya, maka anak tersebut akan dinyatakan status imunisasinya tidak lengkap.

Peneliti menggunakan dua analisis untuk menganalisis status imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia. Analisis pertama yaitu dengan mengeksklusikan responden yang tidak mengetahui apakah anaknya sudah diimunisasikan. Analisis kedua yaitu dengan mengamsusikan bahwa responden yang tidak mengetahui status imunisasi anaknya dianggap tidak melakukan imunisasi pada anaknya.

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan faktor determinan antara variabel bebas yaitu jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, usia ayah, pendidikan ayah, urutan kelahiran, *antenatal care*, indeks kekayaan, tempat persalinan, tempat tinggal, dan penolong persalinan dengan variabel terikat yaitu status imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan.

Tabel 5.14 Faktor Determinan Status Imunisasi Dasar Lengkap Pada Anak Usia 12-23 Bulan di Indonesia Tahun 2012

Variabel	Status Imunisasi				X <sup>2</sup>
	Tidak Lengkap		Lengkap		
	n	%	n	%	
<b>Jenis kelamin</b>					
- Laki-laki	1047	62,1	638	37,9	0,340
- Perempuan	976	63,1	570	36,9	
<b>Usia ibu</b>					
- 15-19	100	69,4	44	30,6	13,115*
- 20-24	442	62,1	270	37,9	
- 25-29	580	61,8	359	38,2	
- 30-34	460	61,0	294	39,0	
- 35-39	291	61,4	183	38,6	
- 40-44	138	73,0	51	27,0	
- 45-49	12	63,2	7	36,8	
<b>Pendidikan ibu</b>					
- Tidak Bersekolah	71	88,8	9	11,3	67,587***
- <i>Primary</i> (SD)	640	70,2	272	29,8	
- <i>Secodary</i> (SMP dan SMA)	1061	59,9	709	40,1	

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- <i>Higher</i> (Akademi dan Universitas)	251	53,5	218	46,5	
<b>Usia ayah</b>					
- 15-19	10	83,3	2	16,7	9,163
- 20-24	164	63,1	96	36,9	
- 25-29	469	61,8	290	38,2	
- 30-34	557	60,9	357	39,1	
- 35-39	403	62,8	239	37,2	
- 40-44	263	62,6	157	37,4	
- 45-49	97	68,8	44	31,2	
- $\geq 50$	60	72,3	23	27,7	
<b>Pendidikan ayah</b>					
- Tidak Bersekolah	51	91,1	5	8,9	63,395***
- <i>Primary</i> (SD)	660	69,9	284	30,1	
- <i>Secodary</i> (SMP dan SMA)	1088	60,3	717	39,7	
- <i>Higher</i> (Akademi dan Universitas)	224	52,6	202	47,4	
<b>Urutan kelahiran</b>					
- 1	647	56,6	497	43,4	58,850***
- 2-3	977	62,9	577	37,1	
- 4-5	283	71,6	112	28,4	
- $\geq 6$	116	84,1	22	15,9	
<b>Antenatal care</b>					
- $< 4$	401	84,2	75	15,8	111,585***
- $\geq 4$	1622	58,9	1133	41,1	
<b>Indeks kekayaan</b>					
- Terbawah	705	76,5	217	23,5	118,332***
- Menengah bawah	433	60,8	279	39,2	
- Menengah	341	59,2	235	40,8	
- Menengah atas	292	54,7	242	45,3	
- Teratas	252	51,7	235	48,3	
<b>Tempat persalinan</b>					
- Non fasilitas kesehatan	1012	74,1	353	25,9	134,153***
- Fasilitas kesehatan	1011	54,2	855	45,8	
<b>Tempat tinggal</b>					
- Perkotaan	851	58,4	606	41,6	20,039***
- Perdesaan	1172	66,1	602	33,9	
<b>Penolong persalinan</b>					
- Profesional	1516	58,0	1100	42,0	127,553***
- Non profesional	507	82,4	108	17,6	

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

Berdasarkan hasil analisis bivariat diatas maka didapatkan hasil jika semua variabel bebas (*independent*) menunjukkan hasil yang signifikan terhadap status kelengkapan imunisasi anak usia 12-23 bulan di Indonesia, kecuali pada variabel

jenis kelamin dan usia ayah yang masing-masing menunjukkan nilai *chi-square* ( $\chi^2$ ) yaitu 0,561 dan 0,241.

Variabel bebas (*independent*) yang menunjukkan hasil signifikan dengan nilai  $p < 0,05$  yaitu usia ibu, pendidikan ibu, pendidikan ayah, urutan kelahiran, *antenatal care*, indeks kekayaan, tempat persalinan, tempat tinggal, dan penolong persalinan. Variabel tersebut berhubungan dengan status kelengkapan imunisasi anak usia 12-23 bulan di Indonesia dan dilanjutkan kedalam analisis multivariat.

### 5.3 Analisis Multivariat

Sebelum data diolah dengan model multivariat, maka terlebih dahulu dilakukan analisis bivariat (*binary logistic*) antara masing-masing variabel bebas (*independent*) dengan variabel terikat (*dependent*). Pada tahap ini variabel independen yang memiliki  $p$  value kurang dari 0,05 dimasukkan kedalam model regresi logistik ganda untuk mengetahui variabel yang memiliki pengaruh paling besar terhadap kelengkapan imunisasi dasar pada anak berusia 12-23 bulan di Indonesia. Hasil seleksi bivariat menunjukkan variabel yang tidak signifikan dengan nilai  $p$  value lebih dari 0,05 yaitu jenis kelamin dan usia ayah, sehingga variabel tersebut tidak dimasukkan kedalam model regresi logistik ganda (analisis multivariat). Variabel bebas (*independent*) yang menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai  $p$  value  $< 0,05$  seperti usia ibu, pendidikan ibu, pendidikan ayah, urutan kelahiran, *antenatal care*, indeks kekayaan, tempat persalinan, tempat tinggal, dan penolong persalinan dapat dilanjutkan kedalam analisis multivariat.

Tabel 5.15 Model Regresi Logistik

Variabel	OR	95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Usia ibu ( <i>Reference</i> : 45-49)	1	1	1
- 15-19	,423	,139	1,288
- 20-24	,534	,182	1,506
- 25-29	,545	,192	1,548
- 30-34	,607	,214	1,719
- 35-39	,755	,267	2,139
- 40-44	,506	,173	1,484
Pendidikan ibu ( <i>Reference</i> : <i>higher</i> )	1	1	1
- Tidak Bersekolah	,652	,294	1,446
- <i>primary</i>	,990	,733	1,337
- <i>secondary</i>	1,068	,832	1,370
Pendidikan ayah ( <i>Reference</i> : <i>higher</i> )	1	1	1
- Tidak Bersekolah	,426	,155	1,173
- <i>primary</i>	,872	,640	1,189
- <i>secondary</i>	,903	,698	1,169
Urutan kelahiran ( <i>Reference</i> : $\geq 6$ )	1	1	1
- 1	2,842***	1,643	4,915
- 2-3	2,132**	1,272	3,573
- 4-5	1,520	,892	2,592
<i>Antenatal care</i> ( <i>Reference</i> : $\geq 4$ )	1	1	1
- $< 4$	,445***	,338	,586
Indeks kekayaan ( <i>Reference</i> : Teratas)	1	1	1
- Terbawah	,630**	,465	,854
- Menengah Bawah	,889	,676	1,170
- Menengah	,875	,670	1,144
- Menengah Atas	,936	,722	1,215
Tempat persalinan ( <i>Reference</i> : Fasilitas Kesehatan)	1	1	1
- Non Fasilitas Kesehatan	,667***	,549	,811
Tempat tinggal ( <i>Reference</i> : Perdesaan)	1	1	1
- Perkotaan	,785	,659	,936
Penolong persalinan ( <i>Reference</i> : non professional)	1	1	1
- Professional	1,561**	1,189	2,049

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

Hasil analisis multivariat variabel bebas yang berhubungan secara signifikan terhadap kelengkapan imunisasi dasar pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia yaitu urutan kelahiran pertama, urutan kelahiran kedua dan ketiga, *antenatal care*, indeks kekayaan terbawah, tempat persalinan non fasilitas kesehatan, dan penolong persalinan professional. Berdasarkan hasil dari analisis diatas didapatkan OR dari variabel urutan kelahiran adalah 2,842 yang artinya

variabel urutan kelahiran lebih berpengaruh terhadap kelengkapan imunisasi dasar pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia yang dilakukan subyek setelah dikontrol variabel usia ibu, pendidikan ibu, pendidikan ayah, *antenatal care*, indeks kekayaan, tempat persalinan, tempat tinggal, dan penolong persalinan.

Ibu yang memiliki anak pertama usia 12-23 bulan 2,8 kali lebih cenderung melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak lebih dari dan 6 anak dan ibu yang memiliki anak kedua dan ketiga berusia 12-23 bulan 2,1 kali lebih cenderung melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak lebih dari dan 6 anak, sedangkan ibu yang melakukan pemeriksaan *antenatal care* tidak lengkap atau kurang dari 4 kali pemeriksaan, hasilnya 0,4 kali lebih kecil kemungkinannya untuk melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang melakukan pemeriksaan *antenatal care* secara lengkap atau lebih dari 4 kali, lalu ibu dengan indeks kekayaan terbawah 0,6 kali lebih kecil kemungkinannya untuk melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu dengan indeks kekayaan teratas dan ibu yang melahirkan di tempat bukan fasilitas kesehatan, hasilnya 0,7 kali lebih kecil kemungkinannya untuk melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang melahirkan di tempat fasilitas kesehatan, sedangkan ibu yang persalinannya ditolong oleh tenaga professional hasilnya 1,6 kali lebih cenderung untuk melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang persalinannya tidak ditolong oleh tenaga professional.

## **5.4 Pembahasan**

### **5.4.1. Gambaran kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.**

Pada hasil penelitian ini menunjukkan kelengkapan imunisasi pada anak yang berusia 12-23 bulan di Indonesia hanya sebesar 37.4% masih jauh jika dibandingkan dengan target Renstra tahun 2016 yaitu 91,5%.

Prevalensi imunisasi HB-0 lebih rendah 12% jika dibandingkan dengan prevalensi imunisasi BCG (HB-0 sebesar 74.9% dan BCG sebesar 86.9%) padahal seharusnya kedua imunisasi ini dilakukan secara bersamaan sesaat setelah bayi dilahirkan pada bayi yang lahir di fasilitas kesehatan. Imunisasi HB-0 dan BCG masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan imunisasi DPT lengkap yang hanya sebesar 70,1%. Hanya 74.5% anak usia 12-23 bulan di Indonesia yang telah mendapatkan imunisasi polio secara lengkap. Hasil tersebut cukup tinggi jika dibandingkan dengan cakupan imunisasi HB-0 sampai HB-3 secara lengkap yang hanya mencapai 46,2%. Cakupan imunisasi campak sebesar 78.3% pada anak berusia 12-23 bulan di Indonesia berdasarkan analisis data SDKI 2012.

Pemberian imunisasi DPT-HB Combo 1 diberikan secara bersamaan dengan pemberian imunisasi Polio 1. Prevalensi imunisasi DPT-HB Combo 1 lebih rendah jika dibandingkan dengan imunisasi polio 1. Sejalan dengan analisis tersebut, penelitian yang dilakukan oleh Beyene (2015) di Northwest Ethiopia menunjukkan hasil imunisasi Polio 1 lebih tinggi jika dibandingkan dengan imunisasi pentavalent 1 (DPT-HB-Hib), penelitian yang dilakukan Shemwell (2017) di Mozambique menunjukkan hasil jika prevalensi imunisasi DPT-HB Combo 1 lebih rendah dibandingkan dengan imunisasi polio 1 dan penelitian yang dilakukan Abdou (2017)

di Senegal pun juga menyebutkan hal yang sama jika imunisasi Polio 1 lebih tinggi dibandingkan dengan imunisasi pentavalent 1. Hal ini terjadi diduga karena metode pemberian vaksin yang berbeda dari kedua imunisasi tersebut. Pada imunisasi polio vaksin diberikan dengan cara diteteskan ke mulut bayi sedangkan pada imunisasi DPT-HB vaksin diberikan dengan cara disuntikkan ke paha bayi, hal tersebut diduga membuat ibu mengalami ketakutan yang lebih jika dibandingkan dengan pemberian imunisasi secara diteteskan sehingga sebagian ibu menolak jika bayinya disuntik. Hal lain yang dapat diduga menjadi penyebab perbedaan yang terjadi antara imunisasi DPT-HB Combo dengan Polio karena terjadi kesalahan pencatatan dalam menuliskan imunisasi.

**5.4.2. Hubungan faktor predisposisi (usia ibu, pendidikan ibu, pendidikan ayah, urutan kelahiran, riwayat *antenatal care*, dan indeks kekayaan) terhadap kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.**

Sebanyak 8 variabel bebas (*independent*) yang masuk ke dalam faktor predisposisi seperti jenis kelamin anak, usia ibu, pendidikan ibu, usia ayah, pendidikan ayah, urutan kelahiran, riwayat *antenatal care* (ANC), dan indeks kekayaan hanya 6 variabel bebas yang dapat dilanjutkan kedalam analisis multivariat. Hal tersebut dikarenakan pada uji analisis bivariat didapatkan hasil jika variabel jenis kelamin dan usia ayah menunjukkan nilai p value lebih dari 0,05, maka variabel tersebut tidak dimasukkan dalam uji multivariat. Pada uji multivariat didapatkan hasil variabel yang signifikan yaitu :

Hasil penelitian ini menunjukkan jika ibu yang memiliki anak pertama usia 12-23 bulan lebih cenderung melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan

dengan ibu yang memiliki anak lebih dari dan 6 anak. Penelitian ini dapat memperkuat penelitian yang dilakukan oleh Farzad (2017) yaitu cakupan imunisasi pada anak pertama dan kedua prevalensinya lebih tinggi jika dibandingkan dengan anak keenam dan seterusnya pada usia 12-23 bulan di Afghanistan, penelitian yang dilakukan oleh Adokiya (2017) di Techiman Municipality, Ghana dan Russo (2015) di Dschang, West Region, Cameroon juga menjelaskan jika anak pertama dan kedua kelengkapan imunisasinya lebih tinggi jika dibandingkan dengan anak ketiga dan seterusnya. Peneliti menduga hal tersebut terjadi karena orang tua yang baru memiliki satu anak akan mencurahkan semua perhatiannya kepada anak mereka termasuk memperhatikan kelengkapan imunisasi dasarnya yang menjadikan kelengkapan imunisasi anak pertama akan lebih lengkap jika dibandingkan dengan urutan kelahiran anak lainnya.

Penelitian ini menjelaskan jika ibu yang memiliki anak kedua dan ketiga berusia 12-23 bulan cenderung melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang memiliki anak lebih dari dan 6 anak. Sejalan dengan penelitian di atas, penelitian yang dilakukan oleh Adedire (2016) yang menjelaskan bahwa anak dengan urutan kelahiran pertama hingga ketiga hasilnya lebih tinggi dibandingkan dengan anak dengan urutan kelahiran lebih dari tiga untuk mempengaruhi kelengkapan imunisasi dasar anak di Atakumosa-west district, Osun State Nigeria, penelitian yang dilakukan Lakew (2015) di Ethiopia menjelaskan jika prevalensi kelengkapan imunisasi anak dengan urutan kelahiran kedua sampai kelima lebih tinggi jika dibandingkan dengan anak dengan urutan kelahiran keenam dan seterusnya. Orang tua yang memiliki anak kedua ataupun ketiga akan lebih berpengalaman dalam mengasuh anak termasuk memperhatikan kelengkapan

imunisasi anak. Hal tersebut diduga menjadi alasan jika kelengkapan imunisasi anak kedua atau ketiga akan lebih tinggi jika dibandingkan dengan anak dengan urutan kelahiran keempat dan seterusnya.

Pada penelitian ini menunjukkan hasil jika ibu yang melakukan pemeriksaan *antenatal care* tidak lengkap atau kurang dari 4 kali pemeriksaan lebih kecil kemungkinannya untuk melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang melakukan pemeriksaan *antenatal care* secara lengkap atau lebih dari 4 kali. Penelitian ini dapat mendukung penelitian yang dilakukan oleh Beyene (2015) di Lay Armachiho District, North Gondar Zone, Northwest Ethiopia yang menjelaskan jika jumlah *antenatal care* dapat mempengaruhi kelengkapan imunisasi dasar dengan *antenatal care*  $\geq 3$  kali prosentase kelengkapan imunisasinya lebih tinggi jika dibandingkan dengan *antenatal care*  $< 3$  kali, pada penelitian Russo (2015) di Dschang, West Region, Cameroon menjelaskan jika kelengkapan imunisasi dasar dengan *antenatal care*  $\geq 3$  kali prosentasenya lebih tinggi dibandingkan dengan *antenatal care*  $\leq 2$  kali dan penelitian Lakew (2015) di Ethiopia juga menjelaskan jika prevalensi kelengkapan imunisasi pada anak dengan ibu yang melakukan pemeriksaan ANC lebih lengkap jika dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan ANC. Penulis menduga hal tersebut dikarenakan ibu yang melakukan pemeriksaan *antenatal care* lebih dari 4 kali akan semakin sering mendapatkan informasi yang harus disiapkan dalam mengasuh dan merawat anak, termasuk informasi mengenai jadwal dan pentingnya imunisasi dasar lengkap.

Hasil penelitian ini menjelaskan jika ibu dengan indeks kekayaan terbawah lebih kecil kemungkinannya untuk melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu dengan indeks kekayaan teratas. Penelitian ini dapat

mendukung penelitian yang dilakukan oleh Holipah (2018) di Indonesia, Abdou (2017) di Senegal dan Lakew (2015) di Ethiopia yang menjelaskan jika prevalensi kelengkapan imunisasi anak dengan indeks kekayaan terbawah lebih rendah jika dibandingkan dengan anak dengan indeks kekayaan teratas pada anak usia 12-23 bulan. Hal tersebut diduga karena pada keluarga dengan indeks kekayaan teratas kemungkinan kedua orang tuanya bekerja akan lebih besar jika dibandingkan dengan keluarga dengan indeks kekayaan terendah, karena kedua orang bekerja maka anak mereka diasuh oleh *babysitter* yang kemungkinan mendapatkan informasi mengenai pentingnya imunisasi masih rendah.

**5.4.3. Hubungan faktor pemungkin (tempat tinggal dan tempat persalinan) dengan kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.**

Sebanyak 2 variabel bebas (*independent*) yang masuk ke dalam faktor pemungkin yaitu tempat tinggal dan tempat persalinan, berdasarkan uji analisis bivariat didapatkan hasil yang signifikan maka kedua variabel tersebut dilanjutkan dengan uji analisis multivariat. Namun, berdasarkan uji analisis multivariat didapatkan hasil yang signifikan hanya pada variabel tempat persalinan.

Pada penelitian ini menunjukkan hasil jika ibu yang melahirkan di tempat bukan fasilitas kesehatan lebih kecil kemungkinannya untuk melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang melahirkan di tempat fasilitas kesehatan. Penelitian ini dapat mendukung penelitian yang dilakukan oleh Abdou (2017) yang menjelaskan jika ibu yang melahirkan di rumah sakit persentasenya lebih tinggi jika dibandingkan dengan ibu yang melahirkan di rumah dalam mempengaruhi kelengkapan imunisasi dasar lengkap anak di Senegal, penelitian

yang dilakukan oleh Beyene (2015) pun menjelaskan hal yang sama jika prevalensi kelengkapan pada anak yang dilahirkan di fasilitas kesehatan lebih tinggi jika dibandingkan dengan anak yang dilahirkan di rumah dan pada penelitian Adedire (2016) juga menjelaskan jika kelengkapan imunisasi anak dengan tempat persalinan di fasilitas kesehatan lebih tinggi dibandingkan dengan anak yang tempat persalinannya di rumah. Penulis menduga hal tersebut dikarenakan anak dari ibu yang melahirkan di tempat persalinan fasilitas kesehatan akan langsung mendapatkan imunisasi Hepatitis B 0 pada 12 jam pertama dan imunisasi BCG dan Polio ketika bayi akan pulang. Ibu yang melahirkan di rumah sakit akan menerima informasi mengenai jadwal dan pentingnya imunisasi dasar lengkap.

#### **5.4.4. Hubungan faktor penguat (penolong persalinan) terhadap kelengkapan imunisasi pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.**

Hasil penelitian ini menunjukkan hasil sebanyak 2616 ibu (81%) saat persalinan ditolong oleh tenaga professional dan sebesar 615 ibu (19%) saat persalinan ditolong oleh tenaga non professional. Tenaga professional tersebut adalah dokter, dokter spesialis kandungan, perawat, bidan dan bidan desa. Pada analisis multivariat dapat dijelaskan jika ibu yang persalinannya ditolong oleh tenaga professional lebih cenderung untuk melengkapi imunisasi dasar anaknya dibandingkan dengan ibu yang persalinannya tidak ditolong oleh tenaga professional. Hasil penelitian ini dapat memperkuat penelitian yang dilakukan oleh Taufiq (2010) yang menjelaskan jika ibu yang persalinannya ditolong oleh petugas kesehatan maka status imunisasi anaknya lebih lengkap jika dibandingkan dengan ibu yang persalinan di tolong oleh non petugas kesehatan, penelitian yang dilakukan oleh Nita (2010) juga menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara

penolong persalinan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar karena pada umumnya tenaga kesehatan akan menyarankan orang tua balita untuk mengimunisasi anaknya dan penelitian Savitri (2009) juga menyatakan bahwa ibu yang melahirkan dengan ditolong oleh petugas kesehatan maka kelengkapan imunisasi anaknya 2 kali dibandingkan ibu yang melahirkan ditolong oleh non petugas kesehatan. Peneliti menduga hal tersebut terjadi karena penolong persalinan mempunyai peran yang sangat penting bagi kelengkapan pemberian imunisasi dasar karena penolong persalinan professional akan memperbesar peluang ibu untuk mendapatkan informasi mengenai program *postnatal* terutama informasi mengenai jadwal dan pentingnya program imunisasi dasar pada anak.

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Simpulan

- 1) Pada tahun 2012 sebanyak 37,4% anak usia 12-23 bulan di Indonesia mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Proporsi responden yang telah memberikan imunisasi dasar kepada anaknya adalah sebagai berikut BCG sebesar 86.9%, DPT 1 sebesar 85.5%, polio 1 sebesar 88%, DPT 2 sebesar 79.1%, polio 2 sebesar 83.3%, DPT 3 sebesar 70.1%, polio 3 sebesar 74.5%, campak sebesar 78.3%, hepatitis B0 sebesar 74.9%, hepatitis B1 sebesar 74.2%, hepatitis B2 sebesar 65.5%, dan hepatitis B3 sebesar 46.2%.
- 2) Berdasarkan uji analisis multivariat pada faktor predisposisi didapatkan hasil yang signifikan pada variabel urutan kelahiran pertama, urutan kelahiran kedua dan ketiga, *antenatal care*, dan indeks kekayaan terbawah. Variabel tersebut perlu dipertimbangkan dalam meningkatkan cakupan imunisasi anak pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
- 3) Pada faktor pemungkin, berdasarkan analisis multivariat didapatkan hasil yang signifikan adalah tempat persalinan non fasilitas kesehatan, sehingga variabel tersebut perlu dipertimbangkan dalam meningkatkan cakupan imunisasi anak pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.
- 4) Berdasarkan uji analisis multivariat pada faktor penguat (penolong persalinan profesional) didapatkan hasil yang signifikan, sehingga variabel tersebut perlu dipertimbangkan dalam meningkatkan cakupan imunisasi anak pada anak usia 12-23 bulan di Indonesia.

## 6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian ini, maka penulis memberikan masukan dalam bentuk saran.

### 6.2.1. Kementerian kesehatan

Membuat regulasi yang dapat mendukung petugas kesehatan masyarakat agar dapat meningkatkan cakupan imunisasi dasar lengkap pada anak. Meningkatkan peran serta tenaga kesehatan untuk meningkatkan cakupan imunisasi, dan bagi tenaga non kesehatan perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan program imunisasi. Peran tenaga kesehatan sangat penting dalam mendukung upaya pemerintah untuk meningkatkan angka kelengkapan imunisasi dasar pada anak dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

### 6.2.2. Perawat komunitas

Menyampaikan kepada kader mengenai faktor yang paling mempengaruhi terhadap kelengkapan imunisasi. Kemudian perawat memberikan pelatihan dan penyuluhan tentang pentingnya imunisasi pada anak, manfaat imunisasi dan jadwal imunisasi pada anak, agar selanjutnya kader dapat menyampaikan penyuluhan tersebut di lapangan kepada ibu-ibu. Perawat komunitas yang bekerja dibidang KIA hendaknya lebih mengoptimalkan pemanfaatan KMS.

### 6.2.3. Peneliti

Bagi peneliti lainnya diharapkan dapat mencari variabel lain dengan menggali informasi yang lebih mendalam mengenai status imunisasi dasar pada anak, misalnya variabel mengenai pendidikan.

#### 6.2.4. Responden

Sebaiknya lebih memperhatikan kembali mengenai pentingnya imunisasi pada anak, manfaat imunisasi dan jadwal imunisasi pada anak karena imunisasi dapat mencegah, mengurangi kejadian sakit kecacatan atau bahkan kematian pada anak yang dikarenakan PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi).

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdou, M., Mbengue, S., Sarr, M., Faye, A., Badiane, O., Bintou, F., Dieye, T. N. (2017). *Determinants of complete immunization among senegalese children aged 12 – 23 months : evidence from the demographic and health survey, 1–9*. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4493-3>. [diakses pada 30 April 2018, pukul 05.27 WIB]
- Achmadi, U. F. (2006). *Imunisasi Mengapa Perlu?*. Jakarta : Penerbit Buku Kompas.
- Adokiya, M. N., Baguune, B., & Ndago, J. A. (2017). *Evaluation of immunization coverage and its associated factors among children 12 – 23 months of age in Techiman Municipality, 1–10*. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0196-6>. [diakses pada 30 April 2018, pukul 05.27 WIB]
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan, MEASURE DHS ICF International. (2013). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. [diakses pada 18 Maret 2018, pukul 13.25 WIB]
- Departemen Kesehatan. (2005). *Pedoman Teknis: Imunisasi Tingkat Puskesmas*. Jakarta : Sub Direktorat Imunisasi, Direktorat Epim & Kesma, Direktorat Jenderal PP & PL, Departemen Kesehatan RI.
- DHS. (2013). *Demographic and Health Surveys [Online]*. Calverton: ICF International. [diakses pada 25 April 2018, pukul 19.19 WIB]
- Farzad, F., Reyer, J. A., Yamamoto, E., & Hamajima, N. (2017). *Socio-economic and demographic determinants of full immunization among children of 12 – 23 months in Afghanistan, 179–188*. <https://doi.org/10.18999/nagjms.79.2.179>. [diakses pada 30 April 2018, pukul 05.27 WIB]
- Febriana, S. (2009). *Kelengkapan Imunisasi Dasar Anak Balita dan Faktor-Faktor yang Berhubungan di Poliklinik Anak Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan*. <http://www.lontar.ui.ac.id/file?file=digital/123244-S09082fk-Kelengkapan%20imunisasi-Analisis.pdf>. [diakses pada 5 Mei 2018, pukul 16.23 WIB]
- Gunardi, H., Kartasmita, C. B., Hadinegoro, S. R. S., Satari, H. I., Oswari, H., Puspongoro, H. D., & Hendarto, T. W. (2017). *Jadwal Imunisasi Anak Usia 0 – 18 tahun Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia 2017*. *Sari Pediatri*, 18(5), 417–422. [diakses pada 6 April 2018, pukul 01.58 WIB]

- Hafid, W., Martini, S., & Devy, S. R. (2016). *Faktor Determinan Status Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Di Puskesmas Konang Dan Geger Determinant Factor Status in Infants Are Fully Immunized in the Konang and Geger Clinic*. *Wiyata*, 3(1), 38–45. Retrieved from <https://ojs.iik.ac.id/index.php/wiyata/article/download/69/68>. [diakses pada 18 Maret 2018, pukul 12.39 WIB]
- Hastono, SP. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok : FKM UI. <http://srdc.msstate.edu/02health/pdfs/hickman.pdf>. [diakses pada 27 April 2018, pukul 07.49 WIB]
- Halim, R. G. (2016). *Campak pada Anak*, 43(3), 186–189. [diakses pada 7 April 2018, pukul 20.32 WIB]
- Holipah, Maharani, A., & Kuroda, Y. (2018). *Determinants of immunization status among 12- to 23-month-old children in Indonesia ( 2008 – 2013 ): a multilevel analysis, 1–11*. [diakses pada 15 Maret 2018, pukul 17.03 WIB]
- IDAI, S. I. (2000). *Jadwal Imunisasi Rekomendasi IDAI*. *Sari Pediatri*, 2(1), 43–47. [diakses pada 6 April 2018, pukul 01.48 WIB]
- Isfan, R. (2006). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi Dasar pada Anak di Puskesmas Pauh Kota Padang Tahun 2006, [Tesis]*. Depok : Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. [diakses pada 27 Maret 2018, pukul 10.35 WIB]
- Kassahun, M. B., Biks, G. A., & Teferra, A. S. (2015). *Level of immunization coverage and associated factors among children aged 12 – 23 months in Lay Armachiho District , North Gondar Zone , Northwest Ethiopia : a community based cross sectional study*. *BMC Research Notes*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1192-y>. Ethiopia : Department of Epidemiology and Biostatistics, College of Medicine and Health Sciences, University of Gonda. [diakses pada 15 Maret 2018, pukul 17.50 WIB]
- Kemkes RI. (2015). *Tuberkulosis Temukan Obati Sampai Sembuh*. Infodatin. <https://doi.org/24442-7659>. [diakses pada 7 April 2018, pukul 20.10 WIB]
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2005). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1611/Menkes/SK/XI/2005 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi*. [diakses pada 6 April 2018, pukul 02.03 WIB]
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Situasi dan Analisis Hepatitis*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Buku Ajar Imunisasi*. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/10/03>

Buku-Ajar-Imunisasi-06-10-2015-small.pdf. [diakses pada 6 April 2018, pukul 02.40 WIB]

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Situasi Imunisasi di Indonesia*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.

Kenneth, C. L., & Jane, P. L. (2007). *Sistem Informasi Manajemen Edisi 10 Buku 1*. Jakarta : Salemba Empat.

Lakew, Yihunie, Alemayhu, B., & Sibhatu, B. (2015). *Factors influencing full immunization coverage among 12–23 months of age children in Ethiopia: evidence from the national demographic and health survey in 2011*. Ethiopia : Independent Public Health Research Consultant. [diakses pada 15 Maret 2018, pukul 17.50 WIB]

Leman, M. M., & Tumbelaka, A. R. (2010). *Penggunaan Anti Tetanus Serum dan Human Tetanus Immunoglobulin pada Tetanus Anak*, 12(4), 283–288. [diakses pada 7 April 2018, pukul 20.20 WIB]

Lusiana, Novita, dkk. (2015). *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kebidanan*. Yogyakarta : Deepublish.

Mardiah, N. (2010). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Imunisasi Dasar di Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2007 (Analisis Data Riskedas dan Susenas Tahun 2007)*. <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20307702-T%2031373-Faktor-faktor-full%20text.pdf>. [diakses pada 27 Maret 2018, pukul 11.10 WIB]

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. [diakses pada 6 April 2018, pukul 02.08 WIB]

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. [diakses pada 19 Maret 2018, pukul 13.13 WIB]

Notoatmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta : Salemba Medika.

NSW Health. (\_\_\_\_). *Campak*. NSW Government [www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au). [diakses pada 7 April 2018, pukul 20.33 WIB]

- NSW Health. (2007). *Hepatitis B*. NSW Government [www.health.nsw.gov.au](http://www.health.nsw.gov.au). [diakses pada 7 April 2018, pukul 20.40 WIB]
- Pratiwi, L. N. (2012). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi dasar pada Balita Umur 12-23 Bulan di Indonesia Tahun 2010 (Analisis Data Riset Kesehatan Dasar 2010)*. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20321911-S-Luriana%20Nur%20Pratiwi.pdf>. [diakses pada 27 Maret 2018, pukul 10.46 WIB]
- Presiden Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. [diakses pada 9 April 2018, pukul 03.36 WIB]
- Ranuh, IGNG. (2001). *Pedoman Imunisasi di Indonesia, 4th ed.* Jakarta : Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Russo, G., Miglietta, A., Pezzotti, P., Biguioh, R. M., Mayaka, G. B., Sobze, M. S., & Rezza, G. (2015). *Vaccine coverage and determinants of incomplete vaccination in children aged 12 – 23 months in Dschang , West Region , Cameroon : a cross-sectional survey during a polio outbreak, 1–11*. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2000-2>. [diakses pada 30 April 2018, pukul 05.34 WIB]
- Saputra, D. (2009). *Meraih Jendela Kesempatan Melalui Program Keluarga Berencana*. <http://sumsel.bkkbn.go.id/download.php?type=p&prgid=15>. [diakses pada 9 April 2018, pukul 03.41 WIB]
- Sandra, T. (2010). *Faktor Determinan Status Imunisasi Dasar Lengkap Pada Anak Usia 12 Bulan di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2007)*. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20307568-T%2031365-Faktor%20determinan-full%20text.pdf>. [diakses pada 27 Maret 2018, pukul 11.08 WIB]
- Satari, H. I. (2018). *Eradikasi Polio*, 18(3), 245–250. [diakses pada 7 April 2018, pukul 20.23 WIB]
- Satgas Imunisasi IDAI. (2011). *Pedoman Imunisasi di Indonesia, Edisi Keempat Tahun 2011*. Jakarta : Satgas Imunisasi Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Savitri, I. (2009). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Imunisasi Dasar Lengkap Tepat Waktu Pada Anak Usia 12 Bulan di 16 Kabupaten Provinsi NTT (Analisis Data Survei Kesehatan Ibu dan Anak di Provinsi NTT 2007), [Tesis]*. Depok : Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. [diakses pada 27 Maret 2018, pukul 11.03 WIB]
- Shemwell, S. A., Peratikos, M. B., González-calvo, L., & Renom-Illonch, M. (2018). *Determinants of full vaccination status in children aged 12 – 23 months in Gurùé and Milange districts , Mozambique : results of a population-based*

*cross-sectional survey*, (April), 234–242.  
<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx020>. [diakses pada 30 April 2018, pukul 05.27 WIB]

- Suandi, A. (2001). *Pengaruh Penolong Persalinan Terhadap Kontak Pertama Imnisasi Hepatitis B Bayi di Kecamatan Talaga Kabupaten Majalengka Tahun 2001*. Tesis UI. <http://www.digilib.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-72496.pdf>. [diakses pada 27 Maret 2018, pukul 11.11 WIB]
- Sumarni, Rosmini, & Sri, S. (2008). *Pertusis ( Batuk Rejan ). Pertussis - Indonesia*, 1–3. [diakses pada 7 April 2018, pukul 20.17 WIB]
- U.S. Department of Health and Human Services. (2016). *General Information Hepatitis B*. [www.cdc.gov/hepatitis](http://www.cdc.gov/hepatitis). [diakses pada 7 April 2018, pukul 20.40 WIB]
- Wardhana, N. (2001). *Pengaruh Perilaku Ibu tentang Imunisasi Terhadap Status Kelengkapan Imunisasi Dasar pada Anak di Kabupaten Majalengka, Tahun 1999-2001*. Tesis. Depok : FKM UI.
- WHO. (2018). *Immunization Coverage*. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>. [diakses pada 7 April 2018, pukul 19.17 WIB]
- Widiyanti, W. (2008). *Faktor-Faktor Perilaku Ibu Balita yang Berhubungan dengan Status Imunisasi Dasar Balita di Desa Cibening Kecamatan Pamijah Kabupaten Bogor Tahun 2008*, Skripsi. Depok : FKM UI.
- Zhang, S. J. (2008). *Determinants of Immunization Coverage by Age 2 in a Population Cohort in the Capital Health Region (Edmonton)*. <https://proquest.umi.com/pqdweb>. [diakses pada 30 April 2018, pukul 05.31 WIB]

**Lampiran**

Lampiran 1 Kuesioner berdasarkan data set *Indonesia Demographic and Health Survey Woman's Questionnaire* tahun 2012 (IDKR63FL.SAV)

<b>Variabel dependen</b>	<b>Kode kuesioner</b>	<b>Kode variabel</b>
Status Imunisasi : Status Kelengkapan Imunisasi	506	STATUS_IMUN

<b>Variabel independen</b>	<b>Kode kuesioner</b>	<b>Kode variabel</b>
Jenis kelamin anak	213	Sex
Usia ibu	103	USIA_IBU
Pendidikan ibu	105	PEND_IBU
Usia ayah	103	USIA_AYAH
Pendidikan ayah	105	PEND_AYAH
Urutan kelahiran	212	KELAHIRAN
Pemeriksaan kehamilan	412	ANC
Indeks kekayaan	110, 118	Wealth
Tempat persalinan	434	DELIVERY
Tempat tinggal	5	Area
Penolong persalinan	433	Assistance

## Lampiran 2 Output Analisis

## 1. Analisis Univariat

## 1.1 Jumlah anak usia 12-23 bulan di Indonesia

Birth column number

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3231	100,0	100,0	100,0

## 1.2 Status Imunisasi

## 1.2.1. Status Imunisasi BCG

Received BCG

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid No	423	13,1	13,1	13,1
Vaccination date on card	2808	86,9	86,9	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.2. Status Imunisasi DPT 1

Received DPT 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid No	467	14,5	14,5	14,5
Vaccination date on card	2764	85,5	85,5	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.3. Status Imunisasi Polio 1

Received POLIO 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid No	388	12,0	12,0	12,0
Vaccination date on card	2843	88,0	88,0	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.4. Status Imunisasi DPT 2

**Received DPT 2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	675	20,9	20,9	20,9
	Vaccination date on card	2556	79,1	79,1	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.5. Status Imunisasi Polio 2

**Received POLIO 2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	541	16,7	16,7	16,7
	Vaccination date on card	2690	83,3	83,3	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.6. Status Imunisasi DPT 3

**Received DPT 3**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	965	29,9	29,9	29,9
	Vaccination date on card	2266	70,1	70,1	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.7. Status Imunisasi Polio 3

**Received POLIO 3**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	823	25,5	25,5	25,5
	Vaccination date on card	2408	74,5	74,5	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.8. Status Imunisasi Campak

**Received MEASLES**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	700	21,7	21,7	21,7
	Vaccination date on card	2531	78,3	78,3	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.9. Status Imunisasi Hepatitis B0

**Received Hepatitis B0**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	811	25,1	25,1	25,1
	Vacc. date on card	2420	74,9	74,9	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.10. Status Imunisasi Hepatitis B1

**Received Hepatitis B1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	835	25,8	25,8	25,8
	Vacc. date on card	2396	74,2	74,2	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.11. Status Imunisasi Hepatitis B2

**Received Hepatitis B2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	1115	34,5	34,5	34,5
	Vacc. date on card	2116	65,5	65,5	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

## 1.2.12. Status Imunisasi Hepatitis B3

Received Hepatitis B3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid No	1739	53,8	53,8	53,8
Vacc. date on card	1492	46,2	46,2	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.2.13. Status Imunisasi Dasar Lengkap

Status Kelengkapan Imunisasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Lengkap	2023	62,6	62,6	62,6
Lengkap	1208	37,4	37,4	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.3 Jenis Kelamin Anak

Jenis Kelamin Anak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	1685	52,2	52,2	52,2
Perempuan	1546	47,8	47,8	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.4 Usia Ibu

Usia Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15-19	144	4,5	4,5	4,5
20-24	712	22,0	22,0	26,5
25-29	939	29,1	29,1	55,6
30-34	754	23,3	23,3	78,9
35-39	474	14,7	14,7	93,6
40-44	189	5,8	5,8	99,4

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

45-49	19	,6	,6	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.5 Pendidikan Ibu

## Pendidikan Ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid no education	80	2,5	2,5	2,5
Primary	912	28,2	28,2	30,7
Secondary	1770	54,8	54,8	85,5
Higher	469	14,5	14,5	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.6 Usia Ayah

## Usia Ayah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15-19	12	,4	,4	,4
20-24	260	8,0	8,0	8,4
25-29	759	23,5	23,5	31,9
30-34	914	28,3	28,3	60,2
35-39	642	19,9	19,9	80,1
40-44	420	13,0	13,0	93,1
45-49	141	4,4	4,4	97,4
>=50	83	2,6	2,6	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.7 Pendidikan Ayah

## Pendidikan Ayah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid no education	56	1,7	1,7	1,7
Primary	944	29,2	29,2	31,0
Secondary	1805	55,9	55,9	86,8
Higher	426	13,2	13,2	100,0

Total	3231	100,0	100,0
-------	------	-------	-------

## 1.8 Urutan Kelahiran

## urutan kelahiran

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1144	35,4	35,4	35,4
	2-3	1554	48,1	48,1	83,5
	4-5	395	12,2	12,2	95,7
	6+	138	4,3	4,3	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.9 Antenatal Care

## pemeriksaan kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<4	476	14,7	14,7	14,7
	≥4	2755	85,3	85,3	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.10 Indeks Kekayaan Rumah Tangga

## Indeks kekayaan rumah tangga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Poorest	922	28,5	28,5	28,5
	Poorer	712	22,0	22,0	50,6
	Middle	576	17,8	17,8	68,4
	Richer	534	16,5	16,5	84,9
	Richest	487	15,1	15,1	100,0
	Total	3231	100,0	100,0	

## 1.11 Tempat Persalinan

## Place of delivery

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Non Fasilitas Kesehatan	1365	42,2	42,2	42,2

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Fasilitas Kesehatan	1866	57,8	57,8	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.12 Tempat Tinggal

## Daerah tempat tinggal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perkotaan	1457	45,1	45,1	45,1
Perdesaan	1774	54,9	54,9	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 1.13 Penolong Persalinan

## Penolong Persalinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Professional	2616	81,0	81,0	81,0
Non Professional	615	19,0	19,0	100,0
Total	3231	100,0	100,0	

## 2. Analisis Bivariat

Jika tidak tahu maka data dikeluarkan dari analisis

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin Anak * Status Kelengkapan Imunisasi	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Usia Ibu * Status Kelengkapan Imunisasi	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Pendidikan Ibu * Status Kelengkapan Imunisasi	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Usia Ayah * Status Kelengkapan Imunisasi	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Pendidikan Ayah * Status Kelengkapan Imunisasi	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
urutan kelahiran * Status Kelengkapan Imunisasi	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

pemeriksaan kehamilan *						
Status Kelengkapan Imunisasi	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Indeks kekayaan rumah tangga * Status	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Kelengkapan Imunisasi Place of delivery * Status	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Kelengkapan Imunisasi Daerah tempat tinggal *	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Status Kelengkapan Imunisasi Penolong Persalinan *	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%
Status Kelengkapan Imunisasi	3231	100,0%	0	0,0%	3231	100,0%

## 2.1. Jenis Kelamin

## Jenis Kelamin Anak \* Status Kelengkapan Imunisasi

## Crosstab

Count

		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Jenis Kelamin Anak	Laki-laki	1047	638	1685
	Perempuan	976	570	1546
Total		2023	1208	3231

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,340 <sup>a</sup>	1	,560		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,299	1	,584		
Likelihood Ratio	,340	1	,560		
Fisher's Exact Test				,561	,292
Linear-by-Linear Association	,340	1	,560		
N of Valid Cases	3231				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 578,02.

b. Computed only for a 2x2 table

## 2.2. Usia Ibu

## Usia Ibu \* Status Kelengkapan Imunisasi

## Crosstab

Count

		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Usia Ibu	15-19	100	44	144
	20-24	442	270	712
	25-29	580	359	939
	30-34	460	294	754
	35-39	291	183	474
	40-44	138	51	189
	45-49	12	7	19
Total		2023	1208	3231

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,115 <sup>a</sup>	6	,041
Likelihood Ratio	13,618	6	,034
Linear-by-Linear Association	,313	1	,576
N of Valid Cases	3231		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,10.

## 2.3. Pendidikan Ibu

## Pendidikan Ibu \* Status Kelengkapan Imunisasi

## Crosstab

Count

		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Pendidikan Ibu	no education	71	9	80
	Primary	640	272	912
	secondary	1061	709	1770
	higher	251	218	469
Total		2023	1208	3231

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,587 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	72,417	3	,000
Linear-by-Linear Association	63,303	1	,000
N of Valid Cases	3231		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,91.

## 2.4. Usia Ayah

## Usia Ayah \* Status Kelengkapan Imunisasi

**Crosstab**

Count

		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Usia Ayah	15-19	10	2	12
	20-24	164	96	260
	25-29	469	290	759
	30-34	557	357	914
	35-39	403	239	642
	40-44	263	157	420
	45-49	97	44	141
	>=50	60	23	83
Total	2023	1208	3231	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,163 <sup>a</sup>	7	,241
Likelihood Ratio	9,648	7	,209
Linear-by-Linear Association	2,020	1	,155
N of Valid Cases	3231		

a. 1 cells (6,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,49.

## 2.5. Pendidikan Ayah

## Pendidikan Ayah \* Status Kelengkapan Imunisasi

## Crosstab

Count		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Pendidikan Ayah	no education	51	5	56
	primary	660	284	944
	secondary	1088	717	1805
	higher	224	202	426
Total		2023	1208	3231

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	63,395 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	68,053	3	,000
Linear-by-Linear Association	59,811	1	,000
N of Valid Cases	3231		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,94.

## 2.6. Urutan Kelahiran

## urutan kelahiran \* Status Kelengkapan Imunisasi

## Crosstab

Count		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
urutan kelahiran	1	647	497	1144
	2-3	977	577	1554
	4-5	283	112	395
	6+	116	22	138
Total		2023	1208	3231

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
--	-------	----	-----------------------

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Pearson Chi-Square	58,850 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	62,795	3	,000
Linear-by-Linear Association	56,919	1	,000
N of Valid Cases	3231		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 51,60.

## 2.7. Antenatal Care

## pemeriksaan kehamilan \* Status Kelengkapan Imunisasi

## Crosstab

Count		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
pemeriksaan kehamilan	<4	401	75	476
	≥4	1622	1133	2755
Total		2023	1208	3231

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	111,585 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	110,504	1	,000		
Likelihood Ratio	124,619	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	111,551	1	,000		
N of Valid Cases	3231				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 177,97.

b. Computed only for a 2x2 table

## 2.8. Indeks Kekayaan Rumah Tangga

## Indeks kekayaan rumah tangga \* Status Kelengkapan Imunisasi

## Crosstab

Count		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Indeks kekayaan rumah tangga	Poorest	705	217	922
	Poorer	433	279	712
	Middle	341	235	576

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

	Richer	292	242	534
	Richest	252	235	487
Total		2023	1208	3231

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	118,332 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	122,606	4	,000
Linear-by-Linear Association	99,707	1	,000
N of Valid Cases	3231		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 182,08.

## 2.9. Tempat Persalinan

## Place of delivery \* Status Kelengkapan Imunisasi

## Crosstab

Count

		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Place of delivery	Non Fasilitas Kesehatan	1012	353	1365
	Fasilitas Kesehatan	1011	855	1866
Total		2023	1208	3231

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	134,153 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	133,302	1	,000		
Likelihood Ratio	137,076	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	134,112	1	,000		
N of Valid Cases	3231				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 510,34.

b. Computed only for a 2x2 table

## 2.10. Tempat Tinggal

## Daerah tempat tinggal \* Status Kelengkapan Imunisasi

**Crosstab**

Count

		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Daerah tempat tinggal	Perkotaan	851	606	1457
	Perdesaan	1172	602	1774
Total		2023	1208	3231

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20,039 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	19,714	1	,000		
Likelihood Ratio	20,012	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	20,033	1	,000		
N of Valid Cases	3231				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 544,74.

b. Computed only for a 2x2 table

## 2.11. Penolong Persalinan

## Penolong Persalinan \* Status Kelengkapan Imunisasi

**Crosstab**

Count

		Status Kelengkapan Imunisasi		Total
		Tidak Lengkap	Lengkap	
Penolong Persalinan	Professional	1516	1100	2616
	Non Professional	507	108	615
Total		2023	1208	3231

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	127,553 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	126,509	1	,000		
Likelihood Ratio	139,644	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	127,514	1	,000		

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

N of Valid Cases	3231			
------------------	------	--	--	--

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 229,94.

b. Computed only for a 2x2 table

## 2.12 Status Kelengkapan Imunisasi

		Status Kelengkapan Imunisasi					
		Tidak Lengkap		Lengkap		Total	
		Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Jenis Kelamin Anak	Laki-laki	1047	62,1%	638	37,9%	1685	100,0%
	Perempuan	976	63,1%	570	36,9%	1546	100,0%
Usia Ibu	15-19	100	69,4%	44	30,6%	144	100,0%
	20-24	442	62,1%	270	37,9%	712	100,0%
	25-29	580	61,8%	359	38,2%	939	100,0%
	30-34	460	61,0%	294	39,0%	754	100,0%
	35-39	291	61,4%	183	38,6%	474	100,0%
	40-44	138	73,0%	51	27,0%	189	100,0%
	45-49	12	63,2%	7	36,8%	19	100,0%
	Pendidikan Ibu	no education	71	88,8%	9	11,3%	80
	primary	640	70,2%	272	29,8%	912	100,0%
	secondary	1061	59,9%	709	40,1%	1770	100,0%
	higher	251	53,5%	218	46,5%	469	100,0%
Usia Ayah	15-19	10	83,3%	2	16,7%	12	100,0%
	20-24	164	63,1%	96	36,9%	260	100,0%
	25-29	469	61,8%	290	38,2%	759	100,0%
	30-34	557	60,9%	357	39,1%	914	100,0%
	35-39	403	62,8%	239	37,2%	642	100,0%
	40-44	263	62,6%	157	37,4%	420	100,0%
	45-49	97	68,8%	44	31,2%	141	100,0%
	>=50	60	72,3%	23	27,7%	83	100,0%
Pendidikan Ayah	no education	51	91,1%	5	8,9%	56	100,0%
	primary	660	69,9%	284	30,1%	944	100,0%
	secondary	1088	60,3%	717	39,7%	1805	100,0%
	higher	224	52,6%	202	47,4%	426	100,0%
	don	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
urutan kelahiran	1	647	56,6%	497	43,4%	1144	100,0%
	2-3	977	62,9%	577	37,1%	1554	100,0%
	4-5	283	71,6%	112	28,4%	395	100,0%
	6+	116	84,1%	22	15,9%	138	100,0%
pemeriksaan kehamilan	<4	401	84,2%	75	15,8%	476	100,0%
	≥4	1622	58,9%	1133	41,1%	2755	100,0%

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Indeks kekayaan	Poorest	705	76,5%	217	23,5%	922	100,0%
rumah tangga	Poorer	433	60,8%	279	39,2%	712	100,0%
	Middle	341	59,2%	235	40,8%	576	100,0%
	Richer	292	54,7%	242	45,3%	534	100,0%
	Richest	252	51,7%	235	48,3%	487	100,0%
Place of delivery	Non Fasilitas	1012	74,1%	353	25,9%	1365	100,0%
	Kesehatan	1011	54,2%	855	45,8%	1866	100,0%
	Fasilitas Kesehatan	851	58,4%	606	41,6%	1457	100,0%
Daerah tempat tinggal	Perkotaan	1172	66,1%	602	33,9%	1774	100,0%
Penolong Persalinan	Professional	1516	58,0%	1100	42,0%	2616	100,0%
	Non Professional	507	82,4%	108	17,6%	615	100,0%

## 3. Analisis Multivariat

## Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>								
USIA_IBU			10,750	6	,096			
USIA_IBU(1)	-,861	,568	2,293	1	,130	,423	,139	1,288
USIA_IBU(2)	-,646	,539	1,439	1	,230	,524	,182	1,506
USIA_IBU(3)	-,607	,533	1,298	1	,255	,545	,192	1,548
USIA_IBU(4)	-,499	,531	,883	1	,347	,607	,214	1,719
USIA_IBU(5)	-,281	,531	,279	1	,597	,755	,267	2,139
USIA_IBU(6)	-,680	,548	1,539	1	,215	,506	,173	1,484
PEND_IBU			2,091	3	,554			
PEND_IBU(1)	-,427	,406	1,108	1	,293	,652	,294	1,446
PEND_IBU(2)	-,010	,154	,004	1	,947	,990	,733	1,337
PEND_IBU(3)	,065	,127	,265	1	,606	1,068	,832	1,370
PEND_AYAH			2,946	3	,400			
PEND_AYAH(1)	-,853	,516	2,728	1	,099	,426	,155	1,173
PEND_AYAH(2)	-,137	,158	,751	1	,386	,872	,640	1,189
PEND_AYAH(3)	-,102	,132	,599	1	,439	,903	,698	1,169
KELAHIRAN			21,607	3	,000			
KELAHIRAN(1)	1,044	,280	13,957	1	,000	2,842	1,643	4,915
KELAHIRAN(2)	,757	,263	8,262	1	,004	2,132	1,272	3,573
KELAHIRAN(3)	,419	,272	2,368	1	,124	1,520	,892	2,592
ANC(1)	-,810	,141	33,096	1	,000	,445	,338	,586

## IR- PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Wealth			12,222	4	,016			
Wealth(1)	-,462	,155	8,858	1	,003	,630	,465	,854
Wealth(2)	-,117	,140	,704	1	,401	,889	,676	1,170
Wealth(3)	-,133	,137	,948	1	,330	,875	,670	1,144
Wealth(4)	-,066	,133	,244	1	,621	,936	,722	1,215
DELIVERY(1)	-,405	,100	16,519	1	,000	,667	,549	,811
Area(1)	-,242	,090	7,269	1	,007	,785	,659	,936
Assistance(1)	,445	,139	10,275	1	,001	1,561	1,189	2,049
Constant	-,512	,588	,757	1	,384	,600		

a. Variable(s) entered on step 1: USIA\_IBU, PEND\_IBU, PEND\_AYAH, KELAHIRAN, ANC, Wealth, DELIVERY, Area, Assistance.