

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Identifikasi Masalah

Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan program pembangunan berkelanjutan yang mempunyai 17 tujuan dengan 169 target yang terukur dalam tenggang waktu yang ditentukan. SDGs diterbitkan pada tanggal 21 Oktober 2015 merupakan agenda pembangunan dunia yang telah disepakati oleh berbagai negara dalam forum resolusi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Tujuan SDGs ketiga yaitu kesehatan yang baik dengan salah satu targetnya yaitu pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah (WHO, 2016).

Data WHO tahun 2014 menunjukkan adanya penurunan angka kematian pada anak dibawah lima tahun secara signifikan. Hal tersebut dilihat dari jumlah kematian anak dibawah lima tahun pada tahun 1990 (12,6 juta anak) dan tahun 2013 (6,3 juta anak). Target angka kematian anak dibawah lima tahun pada tahun 2015 diperkirakan sebesar dua pertiga antara tahun 1990 sampai 2015, sehingga dapat dikatakan masih tergolong tinggi (WHO, 2014). Data global memperkirakan 2-3 juta kematian per tahun berhasil dicegah dari penyakit difteri, campak, pertusis, pneumonia, polio, rotavirus diare, rubella, dan tetanus melalui pemberian imunisasi. Data WHO tahun 2013 menyebutkan bahwa 1,5 juta anak meninggal akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Menurut

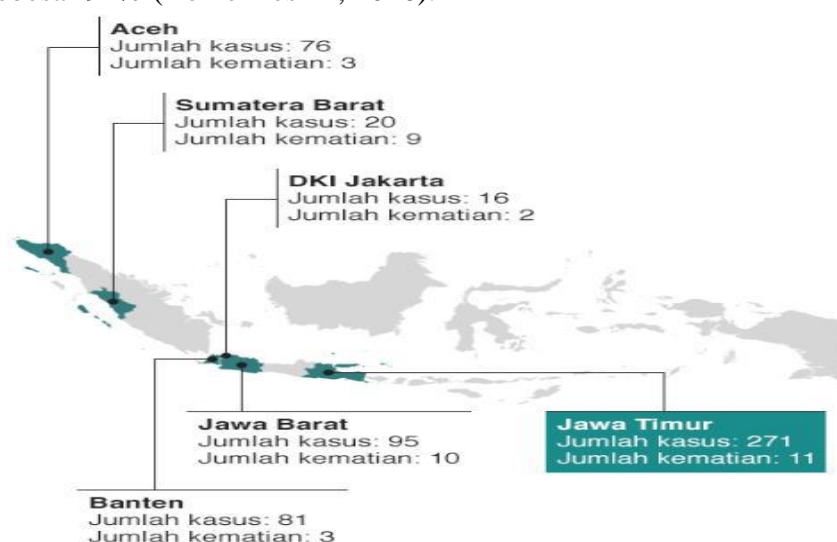
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015), pemberian imunisasi merupakan salah satu upaya yang sangat efektif dalam menurunkan angka kematian pada anak. Imunisasi seharusnya dapat menekan angka kematian pada anak akibat PD3I melalui peningkatan cakupan imunisasi lengkap. Namun pada kenyataannya, sekitar 22 juta bayi di dunia tidak mendapat imunisasi lengkap dan sebesar 9,5 juta ada di Asia Tenggara termasuk anak-anak di Indonesia (WHO, 2014; Kemenkes RI, 2014).

Upaya imunisasi di Indonesia sudah diselenggarakan sejak tahun 1956. Mulai tahun 1977, upaya imunisasi diperluas dan dikembangkan menjadi Program Pengembangan Imunisasi (PPI). Masyarakat Indonesia menyebut PPI sebagai imunisasi dasar. Imunisasi dasar meliputi satu dosis Hepatitis B (HB-0), satu dosis BCG, tiga dosis DPT-HB-Hib, empat dosis Polio Oral, dan satu dosis campak. Sejak tahun 2017, imunisasi *Injection Polio Vaccien (IPV)* dan *Measles-Rubella (MR)* masuk dalam PPI. Imunisasi pada anak usia 0-11 bulan dapat menimbulkan kekebalan secara paripurna dengan penambahan pemberian dosis tambahan (*booster*) pada usia 18 bulan guna mengatasi permasalahan PD3I tersebut (Kemenkes RI, 2017).

Kebijakan yang mendukung program imunisasi tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Renstra Kemenkes RI) tahun 2015-2019 yaitu Penurunan kasus PD3I tertentu sebesar 40%. Target bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap sebesar 91% pada tahun 2015 menjadi 93% pada tahun 2019 serta

target anak usia 12-24 bulan yang mendapatkan imunisasi DPT-HB-Hib lanjutan sebesar 70% ditahun 2019 sebagai indikator keberhasilan program (Renstra Kemenkes, 2017). Selain itu, target desa yang mencapai *Universal Child Immunization* (UCI) sebesar 84% pada tahun 2015 menjadi 92% pada tahun 2019 juga menjadi salah satu upaya meningkatkan kinerja di bidang imunisasi. Berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No. 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, disebutkan untuk mencapai UCI maka cakupan imunisasi dasar lengkap minimal 80% secara merata pada bayi usia 0-11 bulan (Kemenkes RI, 2017).

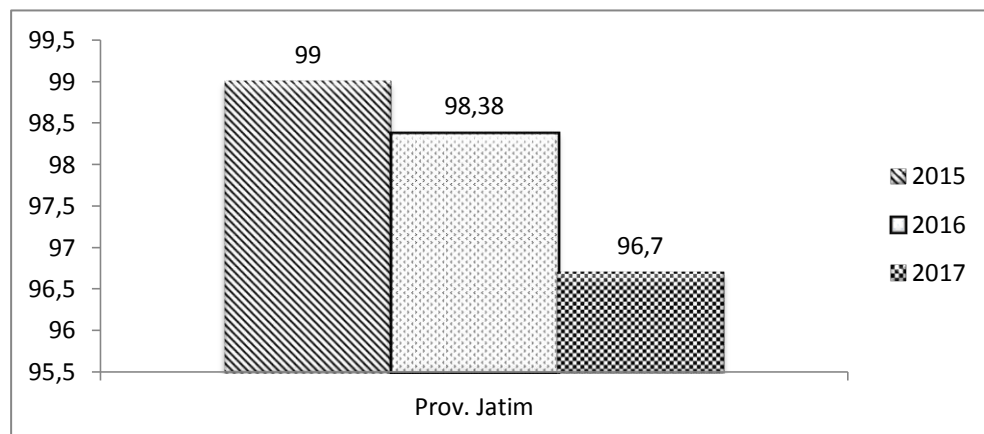
Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia, keberhasilan program imunisasi pada bayi usia 0-11 bulan diukur melalui indikator imunisasi dasar lengkap. Capaian indikator ini di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 86,24%. Angka ini belum mencapai target Renstra pada tahun 2015 yang sebesar 91% (Kemenkes RI, 2016).



Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018

Gambar 1.1 Provinsi dengan Jumlah Kasus Difteri Terbanyak Tahun 2017

Provinsi Jawa Timur merupakan provinsi penyumbang jumlah kasus Kejadian Luar Biasa (KLB) tertinggi di Indonesia seperti yang tertuang pada gambar 1.1. KLB yang sering timbul di Jawa Timur diantaranya disebabkan oleh PD3I seperti KLB Campak serta KLB Difteri yang terjadi pada tahun 2011, 2012, dan 2017. Salah satu faktor penyebab tingginya jumlah kasus Difteri di Jawa Timur pada tahun 2017 adalah adanya penurunan jumlah bayi usia 0-11 bulan yang tidak terimunisasi dasar lengkap pada dua tahun terakhir seperti yang tertuang pada gambar 1.2.

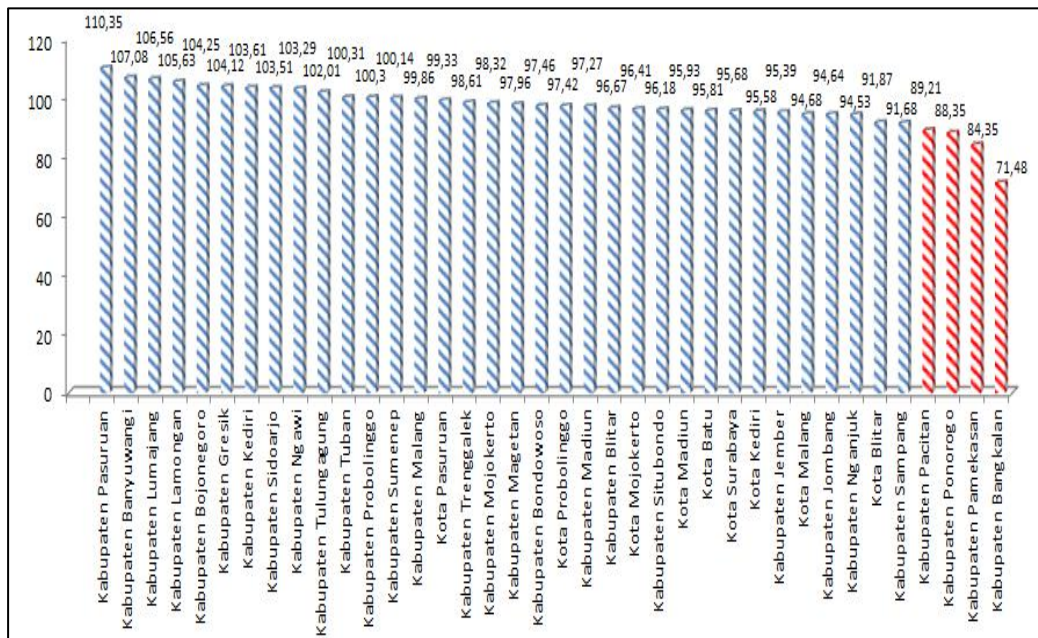


Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018

Gambar 1.2 Persentase Imunisasi Dasar Lengkap Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 - 2017

Provinsi Jawa Timur memiliki angka cakupan imunisasi dasar lengkap yang tinggi dan masih mencapai target nasional, seharusnya angka kesakitan dan kematian akibat PD3I di Jawa Timur rendah dan tidak sampai menimbulkan KLB. Capaian imunisasi dasar lengkap yang tidak merata dapat membentuk daerah-daerah kantong munculnya kasus PD3I. Pada awal tahun 2018, Provinsi Jawa Timur telah menetapkan Kejadian Luar Biasa (KLB) Kasus Difteri di semua Kabupaten/Kota di wilayah kerjanya.

Sehingga pada tahun 2018 terdapat kegiatan ORI (*Outbreak Response Immunization*) Difteri sebagai upaya memutus rantai penularan penyakit Difteri di wilayah Jawa Timur.



Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018

Gambar 1.3 Capaian Imunisasi Dasar Lengkap di Jawa Timur Tahun 2016.

Pada gambar 1.3 diketahui hanya 4 Kabupaten/Kota di Jawa Timur yang belum mencapai target imunisasi dasar lengkap nasional tahun 2016, hal tersebut sangat tidak sesuai dengan data distribusi kasus difteri di Jawa Timur tahun 2017 dengan rata-rata usia penderita diatas 1 tahun.

Tabel 1.1 Distribusi Kasus Difteri di Jawa Timur Tahun 2017.

No	Kabupaten/Kota	Kasus	Mati
1	Bojonegoro	1	1
2	Madiun	2	0
3	Pacitan	3	0
4	Ponorogo	3	0
5	Bondowoso	3	0

Dilanjutkan pada halaman berikutnya

Lanjutan Tabel 1.1

No	Kabupaten/Kota	Kasus	Mati
6	Kota Madiun	3	0
7	Bondowoso	3	0
8	Jember	4	0
9	Magetan	4	0
10	Pamekasan	4	0
11	Lamongan	5	0
12	Kota Kediri	5	0
13	Banyuwangi	6	0
14	Situbondo	6	1
15	Ngawi	6	0
16	Kota Blitar	6	0
17	Kota Probolinggo	6	0
18	Kota Mojokerto	6	0
19	Tulungagung	7	0
20	Bangkalan	7	0
21	Kediri	9	0
22	Sumenep	10	0
23	Lumajang	11	0
24	Blitar	13	0
25	Kota Pasuruan	13	1
26	Mojokerto	14	0
27	Probolinggo	15	3
28	Jombang	16	0
29	Tuban	16	1
30	Kota Batu	16	0
31	Kota Malang	19	0
32	Malang	21	0
33	Nganjuk	25	0
34	Sidoarjo	26	2
35	Gresik	28	0

Dilanjutkan pada halaman berikutnya

Lanjutan Tabel 1.1

No	Kabupaten/Kota	Kasus	Mati
36	Kota Surabaya	31	2
37	Sampang	34	2
38	Pasuruan	53	4
Provinsi Jawa Timur		460	16

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018

Berdasarkan tabel 1.1 distribusi kasus difteri terbanyak berada pada Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Sampang, dan Kota Surabaya. Menurut hasil pemeriksaan laboratorium yang dilakukan oleh Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya, jumlah kasus difteri positif tertinggi berada di Kabupaten Sampang yaitu sebanyak 10 kasus positif, Kabupaten Pasuruan sebanyak 7 kasus positif dan Kabupaten Tuban sebanyak 3 kasus positif (Dinkes Prov Jatim, 2018). Hal tersebut menggambarkan adanya permasalahan, yakni meskipun capaian imunisasi dasar lengkap tahun 2016 di Kabupaten Sampang telah mencapai target nasional yaitu sebesar 91,68%, namun ternyata jumlah kasus difteri di Kabupaten Sampang tetap masih tinggi.

Pada bulan Juli-Agustus 2018, telah dilakukan studi pendahuluan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang melakukan observasi awal kepada 23 bidan desa terpilih serta masyarakat menggunakan metode RCA (*Rapid Convience Assesment*). Pemilihan lokasi studi pendahuluan melalui kriteria yang ditetapkan, yaitu desa yang memiliki capaian imunisasi dasar lengkap tertinggi dimasing-masing wilayah kerja Puskesmas se-Kabupaten Sampang. Hasil studi pendahuluan, didapatkan

beberapa masalah yang berkaitan dengan perilaku bidan desa seperti halnya 82,61% (19 responden) ketidaksesuaian catatan imunisasi pada Kohort bayi yang dimiliki oleh bidan desa dengan catatan imunisasi di Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang dimiliki oleh masyarakat. Selain itu, telah dilakukan pula *indepth interview* kepada 19 responden bidan desa di beberapa desa yang terpilih tersebut di masing-masing wilayah kerja Puskesmas se-Kabupaten Sampang dengan guna menanyakan hasil temuan RCA di lapangan. Hasil *indepth interview*, antara lain:

1. Mayoritas perilaku bidan desa dalam melakukan pencatatan dan pelaporan dilakukan pada secarik kertas atau buku bantu. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan responden berikut :

“Ya langsung saya catat dikertas nama-nama anak yang dapat imunisasi dari saya, mbak. Yang penting saya ingetlah. Hahaha..” (Res 1).

“Kalau tentang pencatatan dan pelaporan saya langsung serahin ke adik magang, mbak. Biar punya tanggung jawabnya. Saya cuman bagian pelayanannya aja karena gak berani kalau nyerahin ke adik magang, biasanya dia nulis di lembaran kertas gitu soalnya kalau bawa kohort langsung ya kasian kan besar bukunya. Biar simpel aja yang penting saya ingat. Hahaha..” (Res 21).

2. Bidan desa tidak membawa buku kohort ke posyandu dengan alasan buku kohort terlalu besar. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan responden berikut:

“Ya gak langsung ke kohort bayi, mbak. Kohort bayi itu besar jadi gak bisa di bawa kemana-mana, takut jatuh saya, mbak. Soalnya bawaannya udah banyak kalau pas kita ke lapangan itu belum *vaccien carier*, *safety box*nya, pokoknya banyaklah. Jadi, kalau nyatet apa-apa ya lewat buku bantu dulu aja.” (Res 4).

3. Mayoritas bidan desa melakukan pencatatan dan pelaporan pada kohort jika hendak divalidasi oleh Bidan Koordinator (BIKOR) Puskesmas setempat. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan responden berikut :

“Jujur sih biasanya saya kalau pulang dari posyandu langsung istirahat, mbak. Belum lagi kalau anak minta di temenin yawes langsung lupa saya. Belum lagi kalau pas catetannya keteliset wah puyeng tapi untung saya selalu ingat kok. Paling mayoritas nyalin di kohort ya pas mau ada pemeriksaan aja kayak mau ada validasi bulanan ke puskesmas atau ada kunjungan dari puskesmas/Dinkes/Pusat. Paling mayoritas kayak gitu semua, mbak. Yang rajin ya yang tua-tua. Hahaha.. *tang colok kejujuren jih. Je' sa' kasa' yeh, mbak..*(mulut saya terlalu jujur ini, jangan bilang-bilang ya, mbak.)” (Res 3).

4. Beberapa bidan desa tidak menempti Polindes selama 24 jam sehari. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan responden berikut :

“.....yang penting kapusk sudah tau kalau mulai sore saya gak nempatin sini,mbak. *Tang lakeh alakoh ekota, mbak..* (suami saya kerja di kota) jadi ya saya ikut suami.” (Res 17).

5. Selain faktor demografi dan penolakan, adanya kesenjangan pada capaian bayi paripurna dan capaian imunisasi dasar lengkap karena bidan desa memiliki perasaan takut dan was-was mendapatkan *punishment* jika capaian bayi paripurna tidak tercapai. Hal ini dapat dilihat dari ungkapan responden berikut:

“.....cuman orang-orang sini susah di imunisasinya. Alasannya macem-macem, malah ada juga yang di ajak orang tuanya bekerja di luar kota. Belum lagi kalau kita ketauan cakupan bayi paripurnanya gak tercapai. Ya otomatis alamat kena semprot bikornya saya, mbak. *Todus, mbak* (malu, mbak)” (Res 22).

Rendahnya perilaku bidan desa dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin dapat disebabkan karena berbagai hal. Penelitian

Hargono, dkk (2012) menyebutkan bahwa salah satu penyebab munculnya penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah kualitas pencatatan dan pelaporan program imunisasi yang masih rendah. Salah satu masalah yang paling penting adalah validitas data cakupan imunisasi, sehingga kualitas pencatatan dan pelaporan imunisasi memiliki peran penting untuk menghasilkan cakupan imunisasi yang berkualitas (Anggraini, 2016). Faktor penentu yang terpenting dalam seseorang berperilaku adalah adanya niat atau intensi (*intention*). Menurut Ajzen (1991) perilaku individu sangat dipengaruhi oleh niat individu sendiri (*behavioral intention*) terhadap perilaku tertentu. Niat untuk berperilaku tertentu dipengaruhi oleh variable sikap (*attitude*), norma subyektif (*subjective norm*), dan kontrol perilaku yang dalam psikologi. Teori perilaku yang direncanakan adalah teori tentang hubungan antara sikap dengan perilaku.

Menurut Lestari (2014), Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Indonesia masih mengalami beberapa masalah baik dalam hal jumlah, sebaran, kualitas, maupun pengaturan mengenai kewenangannya. Keterbatasan SDMK dapat terjadi dikarenakan kurangnya tenaga kesehatan yang sesuai dengan kompetensi atau tidak meratanya distribusi tenaga kesehatan tersebut sehingga melahirkan tenaga kesehatan yang kurang maksimal dalam memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan kompetensinya. Kepatuhan bidan desa dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin sesuai dengan standar yang telah ditentukan

sangat penting dalam mencegah terjadinya kesalahan data maupun informasi yang didapat.

Data laporan imunisasi di Kabupaten Sampang yang *over report* juga menjadi salah satu bukti bahwa adanya ketidakpatuhan bidan desa dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan serta adanya indikasi tindakan *fraud* agar mereka mendapatkan keuntungan demi kepentingan pribadi. Menurut Sawyer (2006), *fraud* merupakan suatu tindakan penipuan yang mencakup berbagai penyimpangan dan tindakan ilegal yang ditandai dengan adanya penipuan yang disengaja. *Fraud* sering terjadi di instansi pemerintah maupun swasta terutama kasus korupsi. Kasus korupsi tidak hanya melibatkan orang-orang yang memiliki jabatan tinggi tetapi juga melibatkan orang-orang dibawahnya. Tindak korupsi yang sering kali dilakukan diantaranya memanipulasi pencatatan, penghilangan dokumen dan *mark up* yang dapat merugikan negara. Hal ini biasanya dipicu oleh adanya keinginan untuk melaporkan atau menyajikan laporan yang sesuai (IAI, 2000).

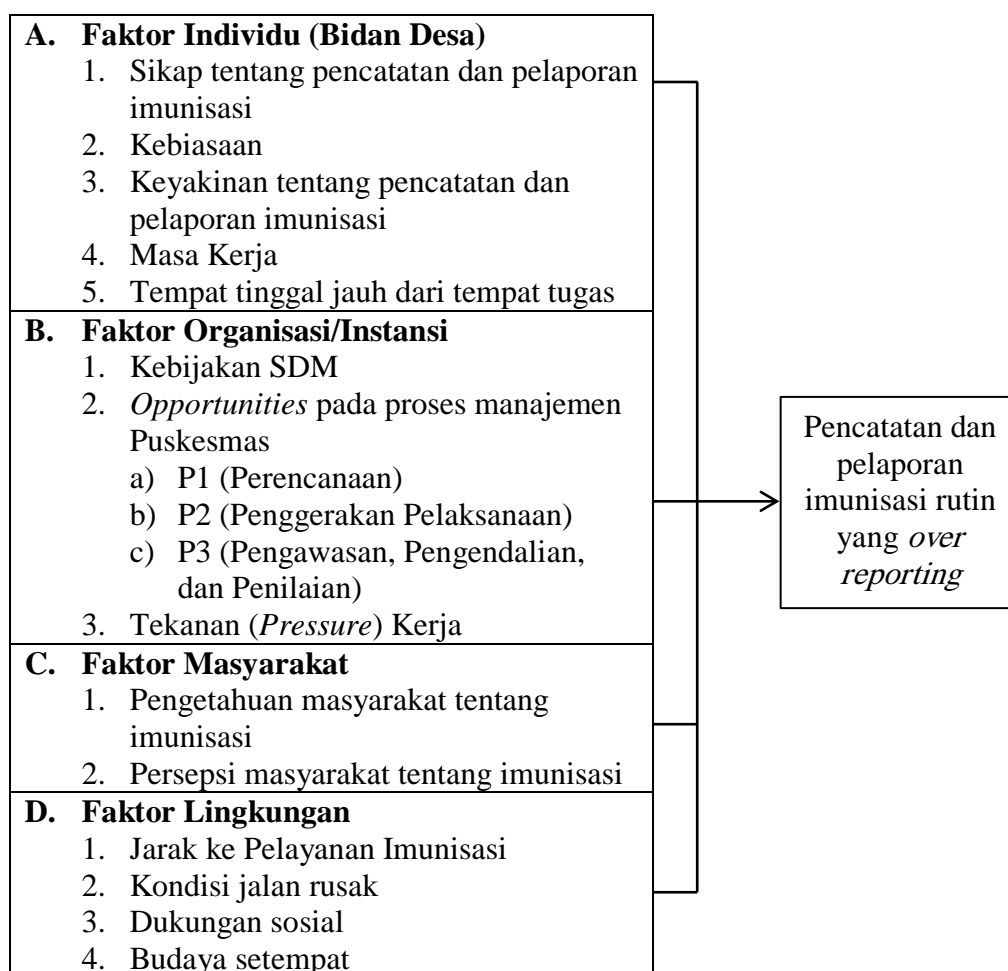
Berdasarkan hasil permasalahan tersebut, penelitian ini menambahkan variabel *fraud triangle*, dengan pertimbangan bahwa adanya indikasi kecurangan dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin serta adanya indikasi tekanan dari atasan bidan desa sesuai dengan hasil studi pendahuluan sehingga dapat menghasilkan data yang *over report* pada laporan imunisasi dibuku kohort daripada buku KIA yang dimiliki oleh masyarakat. Ajzen (1991) juga menyatakan bahwa model TPB masih

memungkinkan untuk ditambahkan variabel prediktor lain selain variabel pembentuk niat. TPB dan *fraud triangle* memiliki satu kesamaan yaitu sikap. Dua komponen lain dari *fraud triangle* adalah insentif/tekanan, serta peluang. Kedua komponen ini belum telah dicakup oleh TPB, karena komponen ini mewakili rangsangan eksternal untuk perilaku *fraud* (Cohen et al., 2010).

Berdasarkan pemikiran mengenai pentingnya niat dalam berperilaku dan adanya tindakan *fraud* sebagai faktor penting dalam menganalisa perilaku tidak patuh bidan desa dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin, maka penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh 1) norma subyektif (*subjective norm*); 2) persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*); 3) tekanan (*pressures*) 4) kesempatan (*opportunities*); dan 5) Sikap pembenaran atas suatu tindakan (*rationalization*) terhadap niat mengimplementasikan perilaku ketidakpatuhan dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin yang benar di Kabupaten Sampang.

1.2 Kajian Masalah

Faktor yang kemungkinan menyebabkan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin pada kohort bayi yang dimiliki oleh bidan desa di Kabupaten Sampang mengalami *over reporting* pada tahun 2018 ditampilkan pada gambar 1.4 berikut:



Gambar 1.4 Kajian Masalah

Sistem informasi imunisasi dari pencatatan dan pelaporan sampai dengan evaluasi dalam manajemen program imunisasi memegang peran penting atau berpengaruh besar dalam penyelenggaraan imunisasi. Pencatatan dan pelaporan yang baik dapat menunjang pembuatan perencanaan dan evaluasi serta menghasilkan kualitas informasi yang baik, tepat, dan valid. Kualitas pencatatan dan pelaporan dibutuhkan dalam perencanaan program imunisasi.

Gambar 1.4 menjelaskan bahwa terdapat empat faktor yang kemungkinan dapat mempengaruhi proses pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin di Kabupaten Sampang. Faktor kemungkinan pertama yaitu faktor yang berasal dari individu bidan desa itu sendiri. Beberapa penyebab faktor individu tersebut, antara lain:

1. Sikap tentang pencatatan dan pelaporan imunisasi.

Sikap bidan desa juga sangat berdampak terhadap perilaku dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin. Menurut Sulistyani (2017), sikap yang enggan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin secara langsung dapat menyebabkan data yang tersimpan hilang, terutama jika bidan desa hanya mencatat pada selembar kertas saja.

2. Kebiasaan

Kebiasaan juga menjadi salah satu unsur yang dapat mempengaruhi perilaku dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin. Kebiasaan yang dimaksud adalah kebiasaan bidan desa melakukan pencatatan dan pelaporan tidak langsung pada kohort bayi, serta menunda melakukan pencatatan dan pelaporan ketika hendak dilakukan validasi rutin tiap bulan seperti yang telah terkuak dari hasil studi pendahuluan penelitian ini pada 23 responden. Kebiasaan ini dapat mempengaruhi ketidakakuratan sebuah data imunisasi rutin.

3. Keyakinan tentang pencatatan dan pelaporan imunisasi

Keyakinan bidan desa dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi dapat menjadi faktor penyebab berkurangnya kualitas informasi data imunisasi. Kepercayaan terhadap kemampuan diri, keyakinan terhadap keberhasilan yang selalu dicapai membuat seseorang memiliki kinerja lebih tinggi dan selalu menghasilkan yang terbaik (Judge & Bono, 2001).

4. Masa Kerja

Menurut Nurani (2018), semakin lama masa kerja sebagai bidan desa dapat menimbulkan rasa percaya diri dalam menghadapi masyarakat, pengetahuan serta keterampilan yang dimiliki dalam memberikan pelayanan kesehatan juga semakin meningkat. Namun masa kerja yang terlalu lama juga dapat menumbuhkan rasa jenuh yang dapat mempengaruhi produktivitas kerja.

5. Tempat tinggal jauh dari tempat tugas

Lokasi tempat tinggal yang jauh dari lokasi bertugas sangat mempengaruhi perilaku bidan desa dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin. Keadaan tersebut secara tidak langsung dapat membuat bidan desa tidak dapat bekerja secara optimal. Bidan desa yang tidak menetap pada Pondok Bersalin Desa (Polindes), tidak bisa membuka pelayanan kesehatan untuk masyarakat sekitar selama 24 jam penuh. Hasil penelitian Arfriyanti dalam Anggraini (2016), menyebutkan bahwa keberadaan tenaga pelaksana dapat memberikan pengaruh yang cukup besar dalam pemberian imunisasi dasar lengkap. Hal tersebut juga

mempengaruhi motivasi kerja tenaga pelaksana imunisasi pada sistem pencatatan dan pelaporan di Puskesmas dengan OR = 2,250.

Kedua, adalah faktor yang berasal dari organisasi/instansi. Penyebab faktor organisasi/instansi meliputi:

1. Kebijakan Sumber Daya Manusia (SDM)

Salah satu kebijakan SDM adalah manajemen kinerja yang didalamnya meliputi deskripsi pekerjaan dan analisa beban kerja. Deskripsi pekerjaan menurut Stone (2005) adalah pernyataan tertulis yang menjelaskan mengapa pekerjaan ada, apa yang dilakukan pemegang pekerjaan sebenarnya, bagaimana mereka melakukannya dan dalam kondisi apa pekerjaan itu dilakukan. Beban kerja terlalu banyak juga dapat mempengaruhi proses pencatatan dan pelaporan sebuah program (Nurani, 2018).

2. Proses manajemen Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 menyatakan bahwa melaksanakan upaya kesehatan baik upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama atau upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama maka dibutuhkan manajemen puskesmas yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan. Manajemen puskesmas dilakukan agar menghasilkan kinerja puskesmas yang efektif dan efisien. Terdapat tiga manajemen yang dikenal dengan P1 sebagai Perencanaan, P2 sebagai Penggerakan Pelaksanaan, P3 sebagai Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian.

a) P1 (Perencanaan)

Perencanaan adalah proses untuk mengantisipasi dimasa datang, serta menentukan strategi (cara, tindakan) untuk mencapai tujuan organisasi. Perencanaan yang salah dalam persiapan pelayanan imunisasi dapat mengakibatkan kurang atau lebihnya ketersediaan vaksin yang dibawa ke posyandu. Jika vaksin yang dibawa kurang maka berdampak pada ketidakpercayaan masyarakat kepada petugas imunisasi sehingga dapat mempengaruhi pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi. Menurut penelitian Kartika (2018), tidak tepat atau kurang cermatnya perencanaan pada Puskesmas dapat menghambat pelaksanaan program imunisasi dasar lengkap.

b) P2 (Penggerakan Pelaksanaan)

Berdasarkan studi pendahuluan dan hasil wawancara dengan 19 bidan desa terpilih, didapat hasil yaitu petugas tidak membawa buku kohort ketika pelaksanaan kegiatan imunisasi sehingga pencatatan hasil imunisasi hanya dilakukan pada secarik kertas. Hal ini dapat mempengaruhi hasil pencatatan dan pelaporan imunisasi yang tidak tepat.

c) P3 (Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian)

Menurut mayoritas bidan desa terpilih pada studi pendahuluan menyatakan bahwa mereka melakukan pencatatan dan pelaporan pada kohort jika hendak divalidasi oleh Bidan Koordinator (BIKOR) Puskesmas setempat. Hal ini dapat dikarenakan kurangnya pengawasan dari atasan mengenai pencatatan dan pelaporan sehingga pelaksanaan

pencatatan dan pelaporan belum dilakukan maksimal. Penilaian pada program yang dilakukan terlalu ketat oleh atasan, dapat mempengaruhi perilaku bidan desa dalam melaksanakan kegiatan program tersebut termasuk dalam hal pencatatan dan pelaporan. Bidan desa merasa tertekan sehingga mereka dapat melakukan sesuatu yang dapat menguntungkan mereka namun merugikan program lainnya. Hal tersebut diutarakan beberapa bidan desa bahwa bidan desa memiliki perasaan takut dan was-was mendapatkan *punishment* jika capaian bayi paripurna tidak tercapai sehingga adanya kesenjangan pada capaian bayi paripurna dan capaian imunisasi dasar lengkap.

3. Tekanan (*Pressure*) Kerja

Tekanan kerja dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain adanya tingginya beban kerja dan stres kerja. Beban kerja yang tinggi merupakan salah satu kendala dalam upaya meningkatkan kinerja bidan desa serta berkaitan erat dengan produktivitas tenaga kesehatan. Menurut Sugianto (1993), bahwa pekerja yang memiliki beban kerja berlebihan dan mengalami stres kerja dapat menurunkan produktivitas serta kualitas hasil kerja mereka. Hasil dari studi pendahuluan mengatakan bahwa pelaporan imunisasi yang *over reporting* juga dapat disebabkan oleh tingginya beban kerja yang dimiliki oleh bidan desa di Kabupaten Sampang.

Ketiga, adalah faktor dari sisi masyarakat yang meliputi:

1. Pengetahuan masyarakat tentang imunisasi

Pengetahuan masyarakat atau orang tua sasaran terhadap imunisasi diasumsikan mempengaruhi tindakan masyarakat membawa bayinya ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan imunisasi. Masyarakat yang terpapar informasi tentang imunisasi akan lebih paham akan pentingnya imunisasi bagi bayi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Triana (2016), bahwa orang tua yang memiliki pengetahuan rendah berisiko 2,02 kali lebih besar untuk tidak memberikan imunisasi pada bayinya daripada orang tua yang memiliki pengetahuan tinggi. Hal ini dapat mempengaruhi perilaku bidan desa dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi jika banyak kondisi pengetahuan orang tua yang rendah.

2. Persepsi masyarakat tentang imunisasi

Persepsi adalah suatu proses individu menginterpretasikan stimulus menjadi situasi yang bermakna berdasarkan pengalaman yang diterima. Akan tetapi, sesuatu yang diinterpretasikan atau dipersepsikan berdasarkan dari kenyataan (Borkowski, 2011). Persepsi orang tua yang rendah terhadap imunisasi dapat mengakibatkan terjadinya penolakan pemberian imunisasi. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa aspek, yaitu kurangnya promosi kesehatan yang dilakukan petugas imunisasi terkait manfaat dan pentingnya imunisasi, kurangnya pengetahuan orang tua tentang imunisasi, ketakutan akan keamanan maupun kehalalan vaksin, serta ketakutan efek demam pasca imunisasi

(Kartika, 2018). Beberapa aspek tersebut dapat mempengaruhi perilaku bidan desa dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi.

Keempat, adalah faktor lingkungan. Faktor lingkungan ini dapat mempermudah atau memfasilitasi maupun dapat menjadi penghambat pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi. Beberapa faktor penyebab yang berasal dari faktor lingkungan antara lain seperti:

1. Jarak ke Pelayanan Imunisasi

Hasil penelitian Syafie dalam Anggraini (2016) menyebutkan bahwa jarak ke sarana pelayanan imunisasi mempunyai hubungan dengan status imunisasi anak. Jarak lebih dari 0,5 km memiliki risiko 2,67 kali lebih besar ketidaklengkapan status imunisasi pada sasaran daripada jarak ke pelayanan kesehatan kurang dari 0,5 km. Jarak ke pelayanan imunisasi merupakan suatu hal penting yang dapat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan akan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan program imunisasi.

2. Kondisi jalan rusak

Keadaan demografi lokasi kerja juga dapat mempengaruhi perilaku bidan desa dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi seperti kondisi jalan yang rusak. Bidan desa akan membentuk suatu perilaku yang tidak akan merugikan dirinya sendiri jika kondisi jalan yang dilaluinya rusak. Hal tersebut akan mempengaruhi kegiatan pencatatan dan pelaporan.

3. Dukungan sosial

Jika teman maupun atasan di lingkungan tempat kerja mereka selalu melakukan pencatatan dan pelaporan program imunisasi sesuai dengan prosedur, maka hal tersebut merupakan dukungan sosial bagi bidan desa tersebut untuk berperilaku serupa. Dukungan keluarga juga akan menambah motivasi bidan desa dalam melakukan pencatatan dan pelaporan imunisasi sesuai dengan prosedur (Supriatin, 2015).

4. Budaya setempat

Kebiasaan yang sering dilakukan di lingkungan kerja baik itu bawahan maupun atasan dapat disebut sebagai budaya kerja. Jika mayoritas bidan desa di wilayah kerja puskesmas tersebut tidak pernah membawa kohort ke posyandu dan tidak ada teguran dari atasannya, maka hal tersebut telah menjadi budaya di tempat kerjanya. Hal tersebut sangat mempengaruhi perilaku bidan desa dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi (Arfriyanti, 2009).

Semua faktor yang telah diuraikan tersebut merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan dan penting untuk dilakukan pengkajian. Tidak semua faktor akan diteliti pada penelitian ini. Penelitian akan dilakukan menggunakan teori TPB yang ditambah dengan variabel *fraud triangle* (*pressure* dan *opportunities*) untuk mengkaji sikap terhadap perilaku, norma subyektif, dan kontrol perilaku yang dapat mempengaruhi niat ketidakpatuhan pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin. Selain itu juga mengkaji faktor yang secara langsung dapat mempengaruhi perilaku tidak patuh bidan desa dalam pelaksanaan pencatatan dan

pelaporan imunisasi rutin meliputi, usia, masa kerja, dan tempat tinggal bidan desa.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada latar belakang yang telah dipaparkan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah ada pengaruh karakteristik bidan desa (usia, masa kerja, tempat tinggal dan tugas tambahan) terhadap norma subyektif (*subjective norm*), dan persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*) dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin?
2. Apakah ada pengaruh karakteristik bidan desa (usia, masa kerja, tempat tinggal, dan tugas tambahan), norma subyektif (*subjective norm*), persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*), tekanan (*pressure*), peluang (*opportunities*), dan sikap rasionalisasi terhadap niat pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin?
3. Apakah ada pengaruh karakteristik bidan desa (usia, masa kerja, tempat tinggal, dan tugas tambahan) dan niat terhadap perilaku pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis perilaku bidan desa dalam penatalaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin di Kabupaten Sampang

menggunakan kombinasi *Theory of Planned Behavior* dengan *Fraud Triangle*.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik bidan desa (usia, masa kerja, dan tempat tinggal).
2. Mengidentifikasi norma subyektif (*subjective norm*), persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*), tekanan (*pressure*), peluang (*opportunities*), dan sikap rasionalisasi pada bidan desa di Kabupaten Sampang.
3. Menganalisis pengaruh karakteristik bidan desa (usia, masa kerja, tempat tinggal dan tugas tambahan) terhadap norma subyektif (*subjective norm*), dan persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*) dalam pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin.
4. Menganalisis pengaruh karakteristik bidan desa (usia, masa kerja, tempat tinggal, dan tugas tambahan), norma subyektif (*subjective norm*), persepsi kontrol perilaku (*perceived behavior control*), tekanan (*pressure*), peluang (*opportunities*), dan sikap rasionalisasi terhadap niat pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin.
5. Menganalisis pengaruh karakteristik bidan desa (usia, masa kerja, tempat tinggal, dan tugas tambahan), dan niat terhadap perilaku pelaksanaan pencatatan dan pelaporan imunisasi rutin.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang promosi kesehatan dan ilmu perilaku khususnya bidang imunisasi serta meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam bidang promosi dan perilaku kesehatan. Selain itu untuk mengetahui dan mempelajari lebih dalam mengenai perilaku bidan desa terhadap pemberian imunisasi sehingga dapat meningkatkan capaian Imunisasi Dasar Lengkap yang berkualitas serta sebagai suatu pengalaman belajar bagi peneliti dalam kegiatan penelitian.

2. Bagi ilmu pengetahuan

Sebagai penambah kepustakaan dalam mengembangkan suatu teori ilmu pengetahuan di bidang imunisasi.

3. Bagi terapan

Sebagai bahan informasi dan masukan bagi instansi terkait (Dinas Kesehatan, Puskesmas, bidan, dan kader posyandu) dalam melaksanakan program imunisasi sehingga dapat menghasilkan data imunisasi yang benar dan berkualitas.