

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Imunisasi**

###### **a. Pengertian Imunisasi**

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Kemenkes,2017).

Imunisasi adalah suatu proses untuk membuat suatu sistem pertahanan tubuh kebal terhadap invasi mikroorganisme (bakteri atau virus) yang dapat menyebabkan infeksi sebelum mikroorganisme tersebut memiliki kesempatan untuk menyerang tubuh kita (Marmi & Kukuh, 2015).

Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak terpajan pada penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit. Kekebalan yang diperoleh dari imunisasi dapat berupa kekebalan pasif maupun aktif (Ranuh dkk, 2014).

b. Tujuan Imunisasi

Tujuan imunisasi adalah untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, dan menghilangkan penyakit tersebut pada sekelompok masyarakat (populasi), atau bahkan menghilangkannya dari dunia seperti yang kita lihat pada keberhasilan imunisasi cacar variola (Ranuh dkk, 2014).

Program imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan kepada bayi agar dapat mencegah penyakit dan kematian bayi serta anak yang disebabkan oleh penyakit yang sering berjangkit (Proverawati dan Andhini, 2010).

Menurut Permenkes RI Nomor 12 tahun 2017 disebutkan bahwa tujuan umum Imunisasi turunya angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).

Tujuan khusus program ini adalah sebagai berikut:

- 1) Tercapainya cakupan Imunisasi dasar lengkap (IDL) pada bayi sesuai target RPJMN.
- 2) Tercapainya Universal Child Immunization/UCI (Prosentase minimal 80% bayi yang mendapat IDL disuatu desa/kelurahan di seluruh desa/kelurahan
- 3) Tercapainya target Imunisasi lanjutan pada anak umur di bawah dua tahun (baduta) dan pada anak usia sekolah dasar serta Wanita Usia Subur (WUS).

- 4) Tercapainya reduksi, eliminasi, dan eradikasi penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi.
  - 5) Tercapainya perlindungan optimal kepada masyarakat yang akan berpergian ke daerah endemis penyakit tertentu
  - 6) Terselenggaranya pemberian Imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (safety injection practise and waste disposal management).
- (Kemenkes RI, 2017).

c. Manfaat Imunisasi

Menurut Proverawati dan Andhini (2010) manfaat imunisasi tidak hanya dirasakan oleh pemerintah dengan menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, tetapi juga dirasakan oleh :

1) Untuk Anak

Mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian.

2) Untuk Keluarga

Menghilangkan kecemasan dan psikologi pengobatan bila anak sakit. Mendorong pembentukan keluarga apabila orang tua yakin akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman. Hal ini mendorong penyiapan keluarga yang terencana, agar sehat dan berkualitas.

### 3) Untuk Negara

Memperbaiki tingkat kesehatan menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara.

#### d. Jenis Imunisasi

Imunisasi Program adalah Imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi. Imunisasi Program terdiri atas Imunisasi rutin, Imunisasi tambahan, dan Imunisasi khusus (Kemenkes RI, 2017)

Dalam Permenkes RI Nomor 12 Tahun 2017 disebutkan bahwa Imunisasi program terdiri dari Imunisasi rutin, imunisasi tambahan dan imunisasi khusus. Imunisasi program harus diberikan sesuai dengan jenis vaksin, jadwal atau waktu pemberian yang ditetapkan dalam pedoman penyelenggaraan Imunisasi.

Kementerian kesehatan (Kemenkes) mengubah konsep imunisasi dasar lengkap menjadi imunisasi rutin lengkap. Imunisasi rutin lengkap itu terdiri dari imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar saja tidak cukup, diperlukan imunisasi lanjutan untuk mempertahankan tingkat kekebalan yang optimal (Kemenkes,2018)

#### 1) Imunisasi BCG (*Bacillus Calmette Guerin*)

Vaksin BCG merupakan vaksin beku kering yang mengandung *Mycobacterium bovis* hidup yang dilemahkan. Vaksin BCG tidak mencegah infeksi tuberkulosis tetapi mengurangi resiko tuberkulosis berat seperti meningitis tuberkulosa dan tuberkulosa primer. Imunisasi BCG diberikan pada bayi < 2 bulan. Namun untuk mencapai cakupan yang lebih luas, Kementerian Kesehatan menganjurkan pemberian imunisasi BCG pada umur antara 0-12 bulan. Dosis 0,05 ml untuk bayi kurang dari 1 tahun dan 0,1 ml untuk anak (> 1 tahun). Vaksin BCG diberikan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas pada insersio M. Deltoideus sesuai anjuran WHO, tidak ditempat lain mial bokong, paha (Ranuh dkk, 2014).

Kontra indikasi imunisasi BCG antara lain bayi yang mengalami defisiensi sistem kekebalan, terinfeksi HIV asimtomatis maupun simtomatis, adanya penyakit kulit yang berat/menahun, atau sedang menderita TBC (Sudarti, Endang. 2010)

Reaksi lokal yang timbul setelah imunisasi BCG adalah wajar, suatu pembengkakan kecil, merah, lembut biasanya timbul pada daerah bekas suntikan, yang kemudian berubah menjadi vesikel kecil, dan kemudian menjadi sebuah ulkus kecil dalam waktu 2-4 minggu. Reaksi ini biasanya hilang dalam 2-5 bulan, dan umumnya pada anak-anak meninggalkan bekas

berupa jaringan parut dengan diameter 2-10 mm. Jarang sekali nodus atau ulkus tetap bertahan. Kadang-kadang pembesaran getah bening pada daerah ketiak dapat timbul 2-4 bulan setelah imunisasi. Sangat jarang sekali kelenjar getah bening tersebut menjadi supuratif. Suntikan yang kurang hati-hati dapat menimbulkan abses dan jaringan parut (Ranuh dkk, 2014).

## 2) Imunisasi Hepatitis B

Vaksin Hepatitis B adalah vaksin virus rekombinan yang telah diinvasikan dan bersifat non-infecious. Pemberian imunisasi Hepatitis B bertujuan untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit Hepatitis B. Vaksin disuntikan dengan dosis 0,5 ml atau 1 (satu) HB PID, pemberian suntikan secara intramuskuler, sebaiknya anterolateral paha. Pemberian sebanyak 3 dosis, dosis pertama diberikan pada usia 0-7 hari, dosis berikutnya dengan interval minimum 4 minggu (1 bulan) (Ranuh dkk, 2014).

Reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan disekitar tempat penyuntikan. Reaksi yang terjadi ringan dan biasanya hilang setelah 2 hari. Kontra indikasi pemberian vaksin Hepatitis B pada bayi yang menderita infeksi berat yang disertai kejang (Sudarti, Endang. 2010).

## 3) Imunisasi DPT-HB-Hib

Vaksin DPT-HB-Hib (vaksin Jerap Difteri, Tetanus, Pertusis, Hepatitis B Rekombinan, Haemophilus Influen-zae tipe B) berupa suspensi homogen yang mengandung toksoid tetanus dan difteri murni, bakteri pertusis (batuk rejan) inaktif, antigen permukaan Hepatitis B (HBSAg) murni yang tidak infeksius, dan komponen Hib sebagai vaksin bakteri sub unit berupa kapsul polisakarida Haemophilus Influenzae tipe B tidak infeksius yang dikonjugasikan kepada protein toksoid tetanus. Indikasi digunakan untuk pencegahan terhadap difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B, dan infeksi Haemophilus Influen-zae tipe B secara stimultan (Ranuh dkk, 2014).

Vaksin DPT-HB-Hib harus disuntikan secara intramuskular pada anterolateral paha atas, dengan dosis anak 0,5 ml. Kontra indikasi pemberian vaksin DPT-HB-Hib anak yang mempunyai hipersensitif terhadap komponen vaksin atau reaksi berat terhadap dosis vaksin kombinasi sebelumnya atau bentuk-bentuk reaksi sejenis lainnya merupakan kontraindikasi absolut terhadap dosis berikutnya. Terdapat beberapa kontraindikasi absolut terhadap dosis pertama DPT ; kejang atau gejala kelainan otak pada bayi baru lahir atau kelainan syaraf serius lainnya merupakan kontraindikasi terhadap komponen pertusis. Dalam hal ini vaksin tidak boleh diberikan sebagai vaksin kombinasi, tetapi vaksin DT harus diberikan sebagai

pengganti DPT, vaksin Hepatitis B dan Hib diberikan secara terpisah. Vaksin tidak akan membahayakan individu yang sedang atau sebelumnya telah terinfeksi virus Hepatitis B (Sudarti, Endang. 2010).

Efek samping, jenis dan angka kejadian reaksi simpang yang berat tidak berbeda secara bermakna dengan vaksin DPT, Hepatitis B dan Hib yang diberikan secara terpisah. Untuk DPT, reaksi lokal dan sistemik ringan umum terjadi. Beberapa reaksi lokal sementara seperti bengkak, nyeri dan kemerahan pada lokasi penyuntikan disertai demam dapat timbul dalam sejumlah besar kasus. Kadang-kadang reaksi berat seperti demam tinggi, iritabilitas (*rewel*), dan menangis dengan nada tinggi dapat terjadi dalam 24 jam setelah pemberian (Sudarti, Endang. 2010).

#### 4) Imunisasi Polio

Terdapat 2 kemasan vaksin polio yang berisi virus polio 1, 2 dan 3. OPV (*oral polio vaccine*), hidup dilemahkan, tetes, oral. Sedangkan IPV (*inactivated polio vaccine*) inaktif disuntikan. Kedua vaksin polio tersebut dapat dipakai secara bergantian. Vaksin IPV dapat diberikan pada anak yang sehat maupun anak yang menderita immunokompromais, dan dapat diberikan sebagai imunisasi dasar maupun ulangan. Vaksin IPV dapat juga diberikan bersamaan dengan vaksin DPT-HB-Hib, secara terpisah atau kombinasi. Polio-0 diberikan saat bayi lahir sesuai

pedoman PPI atau pada kunjungan pertama sebagai tambahan untuk mendapatkan cakupan imunisasi yang tinggi. Selanjutnya dapat diberikan vaksin OPV dan IPV. Untuk imunisasi dasar (polio- 2,3,4) diberikan pada umur 2,4, dan 6 bulan. Interval antara dua imunisasi tidak kurang dari 4 minggu (Sudarti, Endang, 2010).

Dalam rangka eradikasi polio (Erapo), masih diperlukan Pekan Imunisasi Nasional (PIN) yang dianjurkan Kementerian Kesehatan. Pada PIN semua balita harus mendapat imunisasi OPV tanpa memandang status imunisasinya (kecuali pasien imunokompromais diberikan IPV) untuk memperkuat kekebalan dimukosa aluran cerna dan memutuskan transmisi virus polio luar. Dosis OPV diberikan 2 tetes per-oral, IPV dapat diberikan tersendiri atau dalam kemasan kombinasi (DtaP/IPV, DtaP/IPV). Imunisasi polio ulangan diberikan satu tahun sejak imunisasi polio-4, selanjutnya saat masuk sekolah (5-6 tahun) (Ranuh dkk, 2014).

Kontra indikasi umumnya pada imunisasi; vaksin harus ditunda pada mereka yang sedang menderita demam, penyakit atau penyakit kronis progresif. Hipersensitif pada saat pemberian vaksin ini sebelumnya. Penyakit demam akibat infeksi akut ditunggu sampai sembuh. Efek sampingnya berupa reaksi lokal pada tempat penyuntikan diantaranya nyeri,

kemerahan, indurasi dan bengkak bisa terjadi dalam waktu 48 jam setelah penyuntikan dan bisa bertahan satu atau dua hari. Kejadian dan tingkat keparahan dari reaksi lokal tergantung pada tempat dan cara penyuntikkan serta jumlah dosis yang sebelumnya diterima. Reaksi sistemik yang ditimbulkan demam dengan atau tanpa disertai myalgia, sakit kepala atau limfadenopati (Ranuh dkk, 2014).

#### 5) Imunisasi MR

Indonesia telah berkomitmen untuk mencapai eliminasi campak dan pengendalian rubella/ *Congenital Rubella Syndrome* (CRS) pada tahun 2020. Salah satu strateginya untuk mencapai target tersebut adalah pelaksanaan vaksin MR pada anak usia 9 bulan hingga 15 tahun secara bertahap dalam 2 fase (fase 1 pada bulan Agustus-September 2017 diseluruh Pulau Jawa dan fase 2 pada bulan Agustus-September 2018 diseluruh Pulau Sumatra, Pulau Kalimantan, Sulawesi, Bali, Nusa Tenggara, Maluku dan Papua). Introduksi vaksin MR ke dalam program imunisasi rutin pada bulan Oktober 2017 dan 2018 (Kemenkes RI, 2017).

Vaksin MR (Measles Rubella) adalah vaksin hidup yang dilemahkan (live attenuated) berupa serbuk kering dengan pelarut. Kemasan vaksin adalah 10 dosis per vial. Setiap dosis vaksin MR mengandung 1000 CCID50 virus campak dan 1000

CCID50 virus rubella. Dengan pemberian imunisasi campak dan rubella dapat melindungi anak dari kecacatan dan kematian akibat pneumonia, diare, kerusakan otak, ketulian, kebutaan dan penyakit jantung bawaan. Vaksin MR diberikan secara subkutan dengan dosis 0,5 ml. Vaksin hanya boleh dilarutkan dengan pelarut yang disediakan dari produsen yang sama. Vaksin yang telah dilarutkan harus segera digunakan paling lambat sampai 6 jam setelah dilarutkan (Kemenkes RI, 2017).

Kontra indikasi imunisasi MR pada individu yang sedang dalam terapi kortikosteroid, immunosupresan dan radioterapi, wanita hamil, leukemia, anemia berat dan kelainan darah lainnya, kelainan fungsi ginjal berat, *decompensatio cordis*, pasien transfusi darah dan riwayat alergi terhadap komponen vaksin (*neomicyn*). Pemberian imunisasi ditunda pada keadaan seperti demam, batuk pilek dan diare (Kemenkes RI, 2017).

e. Jadwal Imunisasi Dasar

Jadwal pemberian imunisasi dasar untuk bayi usia 0-11 bulan terdiri dari pemberian imunisasi HB 0, BCG, DPT-HB-Hib, Polio, dan MR dengan masing-masing interval waktu tertentu. Pemberian imunisasi dasar lanjutan pada batita terdiri dari imunisasi DPT-HB-Hib booster pada usia 18 bulan dan MR booster pada usia 24 bulan (Kemenkes, 2017)

Tabel 2. Jadwal Imunisasi Dasar

Jenis Vaksin	Umur Pemberian Imunisasi (Bulan)									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
HB	1									
Polio		1	2	3	4					
BCG		1								
DPT-Hb-Hib			1	2	3					
MR										1

Sumber : Kemenkes 2017

Tabel 3 Jadwal Imunisasi Dasar Lanjutan

Jenis Vaksin	Umur Pemberian Imunisasi (Bulan)	
	18	24
DPT-Hb-Hib Booster	1	
MR Booster		1

Sumber : Kemenkes 2017

## 2. Tingkat Pengetahuan

### a. Pengertian

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh dari indera penglihatan (mata) dan indera pendengaran (telinga) (Notoadmojo, 2011).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan, yaitu :

- (1) Tahu (*know*). Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah diajarkan sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
- (2) Memahami (*comprehension*). Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar.
- (3) Aplikasi (*aplication*). Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).
- (4) Analisis (*analysis*). Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- (5) Sintesis (*syntesis*). Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

(6) Evaluasi (*evaluation*). Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. (Notoatmodjo, 2011)

Penelitian yang dilakukan oleh Triana (2015) tentang faktor yang berhubungan dengan pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi menunjukkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan orangtua dengan pemberian imunisasi dasar lengkap.

Orang yang memiliki pengetahuan tentang sesuatu hal maka orang tersebut akan mengaplikasikan pengetahuannya tersebut dalam kehidupan sehari-hari, begitu juga dengan masalah imunisasi, orang tua/ibu dengan pengetahuan tinggi tentang imunisasi maka mereka akan memberikan imunisasi dasar yang lengkap pada bayinya serta memperhatikan kapan waktu yang tepat untuk memberikan imunisasi tersebut. Begitu juga sebaliknya ibu yang memiliki pengetahuan rendah maka mereka tidak akan mengetahui apa yang seharusnya dilakukan kepada bayinya terutama masalah imunisasi. Oleh karena itu tindakan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan orang tua adalah mengupayakan agar terlaksananya penyuluhan rutin kepada masyarakat terutama ibu yang memiliki bayi, penyuluhan ini dilaksanakan di Puskesmas, Posyandu baik secara individu atau kelompok (Triana, 2015).

Penelitian oleh Mulyanti (2010) menyatakan bahwa ibu yang tidak memberikan imunisasi dasar lengkap, menganggap bahwa bayi

yang diimunisasi akan selalu demam atau sakit sehingga mereka tidak memberikan imunisasi pada bayinya.

b. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Mengukur pengetahuan dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. Pertanyaan tersebut digunakan untuk memperoleh informasi tentang apa yang diketahui oleh responden tentang obyek (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Arikunto (2010) pengetahuan seseorang dapat diketahui dari interpretasi berikut :

- 1) Baik bila subyek mampu menjawab dengan benar 76%-100% dari seluruh pertanyaan.
- 2) Cukup subyek mampu menjawab dengan benar 56%-75% dari seluruh pertanyaan.
- 3) Kurang bila subyek mampu menjawab dengan benar <56% dari seluruh pertanyaan.

3. Sikap

a. Pengertian

Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2010). Menurut Second dan Backman (1964) dalam Azwar (2011) sikap merupakan keteraturan tertentu dalam perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan

predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2011), sikap terdiri dari tiga komponen yakni kepercayaan atau keyakinan, kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen tersebut secara bersamaan membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Menurut Notoatmojo (2011) sikap memiliki tingkatan sesuai dengan intensitasnya, yaitu :

- (1) Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- (2) Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah, berarti orang itu menerima ide tersebut.
- (3) Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah.
- (4) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang tinggi (Notoatmojo, 2011)

Beberapa karakteristik sikap (1) sikap merupakan kecenderungan berfikir, berprestasi, dan bertindak, (2) sikap daya pendorong (motivasi), (3) sikap relatif menetap, dibanding emosi dan pikiran, (4) sikap mengandung aspek penilaian atau evaluatif terhadap objek, dan mempunyai tiga komponen :

- a) Komponen kognitif, adalah aspek intelektual yang berkaitan dengan apa yang diketahui manusia
- b) Komponen afektif, adalah aspek emosional yang berkaitan dengan penilaian terhadap apa yang diketahui manusia
- c) Komponen konatif, adalah aspek visional yang berhubungan dengan kecenderungan atau kemauan bertindak (Notoatmojo,2014)

Sikap seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, agama serta faktor emosi dalam diri individu yang mempunyai peranan penting dalam terbentuknya sikap. Proses terjadinya sikap karena adanya rangsangan seperti pengetahuan masyarakat untuk memberi respon berupa sikap positif maupun sikap negatif yang pada akhirnya akan diwujudkan dalam bentuk tindakan yang nyata (Azwar, 2011).

Faktor yang mempengaruhi banyaknya responden yang memiliki sikap negatif tentang imunisasi adalah pengetahuan yang rendah tentang imunisasi, semakin rendah pengetahuan ibu tentang

imunisasi maka akan memberikan kontribusi yang besar terhadap pembentukan sikap yang kurang baik/ negatif tentang imunisasi. Seseorang yang telah mengetahui kebenaran akan suatu hal maka mereka akan juga memiliki sikap yang positif terhadap hal tersebut, begitu juga dengan imunisasi (Triana, 2015).

b. Pengukuran Sikap

Suatu skala sikap berwujud kumpulan pernyataan-pernyataan sikap yang ditulis, disusun, dan dianalisis sedemikian rupa sehingga respon seseorang terhadap pernyataan tersebut dapat diberi angka (skor) dan kemudian diinterpretasikan (Azwar,2011)

Metode rating yang dijumlahkan (*method of summated ratings*) atau populer dengan nama penskalaan Likert merupakan metode penskalaan pernyataan sikap yang menggunakan distribusi respon sebagai dasar penentuan sikapnya. Dalam pendekatan ini tidak diperlukan adanya kelompok panel penilai (*judging group*) dikarenakan nilai skala setiap pernyataan tidak akan ditentukan oleh derajat *favorable* masing-masing akan tetapi ditentukan oleh distribusi respon setuju atau tidak setuju dari sekelompok responden yang bertindak sebagai kelompok uji coba (*pilot study*) (Azwar,2011).

Skala sikap yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih dan telah memiliki nilai skala bagi setiap kategori jawabannya, apabila telah diuji pula reliabilitasnya, dapat digunakan untuk mengungkap

sikap kelompok responden. Suatu skala sikap sedapat mungkin diusahakan terdiri dari pernyataan *favorable* dan *unfavorable* dalam jumlah yang kurang lebih seimbang. Dengan demikian pernyataan yang disajikan tidak semua positif atau semua negatif yang dapat mendatangkan kesan seakan-akan isi skala yang bersangkutan seluruhnya tidak memihak atau sebaliknya seluruhnya tidak mendukung obyek sikap (Azwar, 2011).

Subyek memberi respon dengan 4 kategori persetujuan yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS) dan sangat tidak setuju (STS). Kategori sikap responden dikategorikan menjadi positif (mendukung) apabila skor responden  $\geq mean$  dan negatif (tidak mendukung) apabila skor responden  $< Mean$  (Azwar, 2011).

#### 4. Karakteristik Responden

##### a. Usia

Usia individu dihitung mulai saat individu dilahirkan. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Hal tersebut sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwa seseorang dimana semakin tua maka akan semakin kondusif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi (Azwar, 2011).

Berdasarkan data WHO, usia kurang dari 20-30 tahun termasuk dalam kategori dewasa awal, sedangkan usia lebih dari 30 tahun termasuk dalam kategori remaja akhir (WHO, 2013).

Ada hubungan bermakna antara umur ibu dengan kelengkapan imunisasi dasar pada batita yakni ibu dengan usia  $\geq 30$  tahun cenderung tidak memberikan imunisasi dasar lengkap dibanding ibu dengan usia  $< 30$  tahun. Ibu yang berumur  $< 30$  tahun, yang baru memiliki anak cenderung memberikan perhatian lebih terhadap anaknya, termasuk membawa anaknya untuk diimunisasi. Peningkatan umur ibu mungkin saja diikuti dengan bertambahnya jumlah anak dan kesibukan ibu dalam bekerja, ataupun hal lain sehingga perhatian ibu akan terpecah dan tidak memiliki waktu lagi membawa anaknya untuk diimunisasi (Zuriatina, 2016).

b. Pendidikan

Pendidikan merupakan fakta penting dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Tingkat pendidikan masyarakat yang lebih baik dapat berpengaruh pada peningkatan derajat kesehatan (Kemenkes, 2017)

Pendidikan adalah suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan adalah suatu proses belajar, yang berarti dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Konsep ini berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup dalam masyarakat

selalu memerlukan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih pandai, lebih mampu, lebih tahu, dan sebagainya). Dalam mencapai tujuan tersebut. Seorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar (Notoatmojo, 2011).

Jalur pendidikan terdiri atas pendidikan formal, non formal dan informal yang dapat saling melengkapi dan memperkaya. Pendidikan sebagaimana yang dimaksud diselenggarakan dengan sistem terbuka melalui tatap muka dan/atau melalui jarak jauh. Jenjang pendidikan formal terdiri atas :

1) Pendidikan dasar

Pendidikan dasar berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs) atau bentuk lain yang sederajat.

2) Pendidikan menengah

Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah kejuruan. Pendidikan menengah berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA), Madrasah Aliyah (MA), Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), atau bentuk lain yang sederajat.

3) Pendidikan tinggi

Pendidikan tinggi merupakan lanjutan pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan Diploma, sarjana, magister, spesialis dan doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi. Pendidikan tinggi diselenggarakan dengan sistem terbuka. Perguruan tinggi dapat berbentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi, institut, atau universitas (Kemendikbud, 2016).

Terdapat pengaruh pendidikan orangtua terhadap ketidakpatuhan pemberian imunisasi pada baduta, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu mempunyai pendidikan rendah yaitu tidak tamat SD atau tidak tamat SMP dimana lebih banyak ibu yang tidak patuh dalam pemberian imunisasi pada baduta (Harmasdiani, 2015).

Pendidikan menjadi hal yang penting dalam mempengaruhi pengetahuan. Individu yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih mudah menerima informasi begitu juga dengan masalah informasi tentang imunisasi yang diberikan oleh petugas kesehatan, sebaliknya ibu yang tingkat pendidikan rendah akan mendapat kesulitan untuk menerima informasi yang ada sehingga mereka kurang memahami tentang kelengkapan imunisasi (Rahmawati, 2014).

Semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga akan semakin luas pengetahuan yang dimiliki karena telah mengikuti proses belajar-

mengajar yang tidak didapatkan pada tingkat pendidikan sebelumnya (Notoatmodjo, 2011). Diharapkan kemampuan dalam melaksanakan peran dan fungsi keluarga akan lebih baik khususnya dalam melaksanakan imunisasi dengan semakin tinggi tingkat pendidikan keluarga, hal ini berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan dan sikap responden terhadap pemberian imunisasi dasar pada bayi.

#### 5. Teori *Precede-Proceed*

Model teori *Precede-Proceed* adalah suatu konsep yang dibuat oleh Lawrence W. Green pada tahun 1974, yang dapat membantu perencanaan suatu program kesehatan, pembuat kebijakan dan evaluator untuk menganalisis situasi dan program kesehatan yang efektif dan efisien.

Ada beberapa faktor yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan baik dari faktor individu maupun lingkungan. Model *Precede-Proceed* dikemas dalam dua bagian. Bagian pertama adalah PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in, Educational/Ecological, Diagnosis, Evaluation*) yang berfokus pada perencanaan program. Bagian yang kedua adalah PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational, Constructs in, Educational, Environmental, Development*) yang berfokus pada implementasi dan evaluasi.

Berdasarkan Teori *Precede-Proceed*, perilaku seseorang ditentukan oleh tiga faktor, yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

a. Faktor Predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya. Pengetahuan dan sikap seringkali menjadi faktor predisposisi yang dihubungkan menjadi faktor determinan satu dan lainnya, namun pembentukan sikap tidak hanya berdasarkan pada pengetahuan saja.

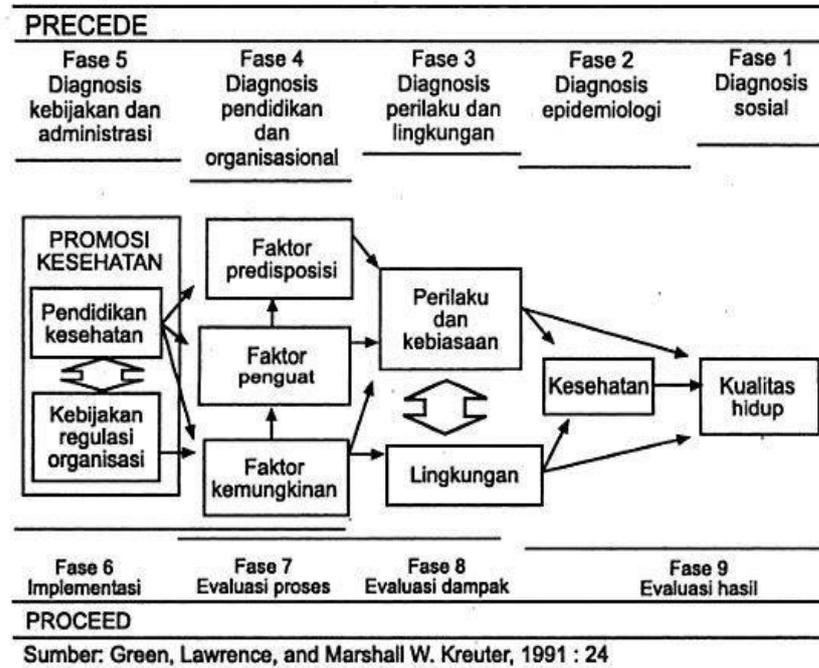
b. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan, antara lain sarana prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan.

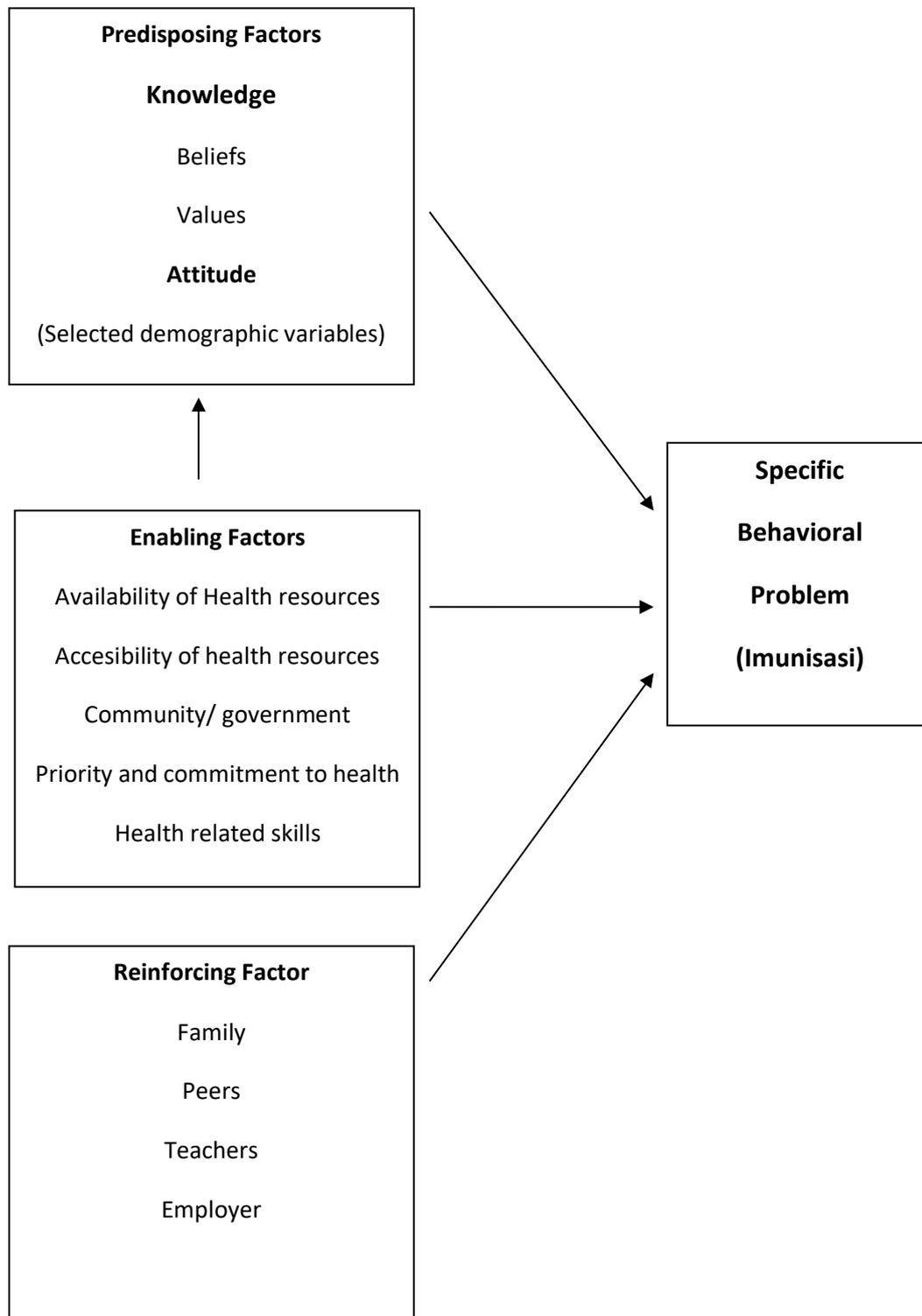
c. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor penguat merupakan faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Terkadang meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak jarang yang tidak melakukan.

## B. Kerangka Teori

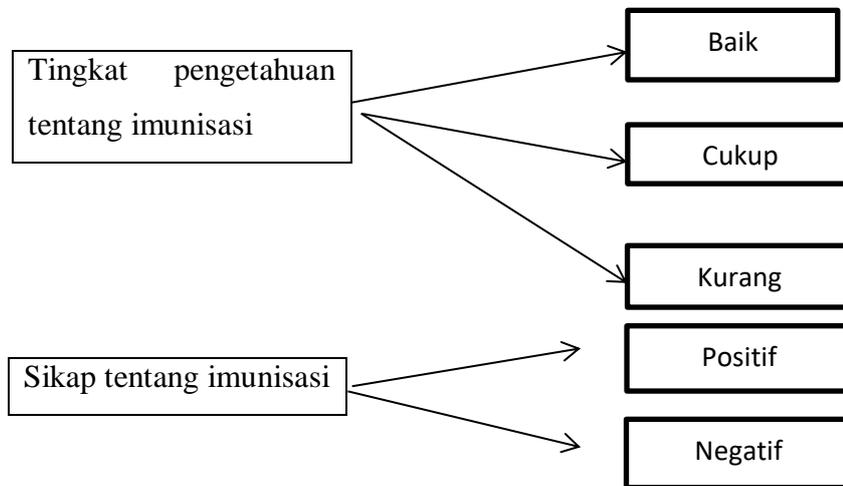


Gambar 1. Kerangka Teori Lawrence Green



Gambar 2. Three categories of factors contributing to health behavior (L Green)1991

### C. Kerangka Konsep



Gambar 3 : Kerangka Konsep Penelitian

### D. Pertanyaan Penelitian

Bagaimanakah tingkat pengetahuan dan sikap tentang imunisasi pada ibu yang memiliki balita usia 2-5 tahun di Posyandu Empu Kunir 12 Kelurahan Rejowinangun ?