

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan bidang kesehatan di Indonesia saat ini mempunyai beban ganda (*double burden*). Penyakit menular masih merupakan masalah, sementara penyakit degeneratif juga muncul sebagai masalah. Penyakit menular tidak mengenal batas wilayah administrasi, sehingga menyulitkan pemberantasannya. Dengan tersedianya vaksin yang dapat mencegah penyakit menular tertentu, maka tindakan pencegahan untuk mencegah berpindahnyanya penyakit dari satu daerah atau negara ke negara lain dapat dilakukan dalam waktu relatif singkat.

Universal Child Immunization (UCI) adalah suatu keadaan tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada semua bayi (anak dibawah umur 1 tahun) dan target UCI tahun 2016 adalah 100%/desa. Capaian UCI Indonesia pada tahun 2016 sebesar 56,08%, lebih kecil dibandingkan tahun 2015 yaitu sebesar 81,79% dan 81,82% di tahun 2014. Indonesia masih menempati peringkat ke-4 di dunia setelah India, Nigeria, dan Republik Demokrasi Kongo untuk *under vaccination children* dalam cakupan imunisasi DPT3. Hal ini mengakibatkan Indonesia menjadi salah satu Negara prioritas yang diidentifikasi oleh WHO dan UNICEF untuk melaksanakan akselerasi dalam pencapaian target 100% UCI Desa/ Kelurahan. Diperkirakan 1,5 juta balita di Indonesia belum terjangkau program imunisasi dasar maupun pemberian vaksin lainnya (1).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi, 80% diakibatkan oleh Pneumonia. Hal tersebut juga ditegaskan oleh *Strategic Advisory Group of*

Experts (SAGE) kelompok penasehat utama WHO untuk *vaksinasi* dan imunisasi didunia dalam pertemuan di Swiss, Pneumokokus merupakan penyebab utama *morbidity dan mortality* di dunia dan vaksinasi merupakan upaya terbaik untuk mencegah penyakit Pneumokokus (2).

Imunisasi berarti suatu usaha untuk mendapatkan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan kuman atau produk kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan. Imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan kepada bayi agar dapat mencegah terjadinya penyakit tertentu dan juga mencegah kematian bayi serta anak. Dengan kata lain, tujuan dari pemberian imunisasi ini adalah untuk mengurangi angka penderita suatu penyakit yang sangat membahayakan kesehatan, bahkan bisa menyebabkan kematian pada penderitanya (3).

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2016), ada 21,8 juta anak pada tahun 2013 tidak mendapatkan imunisasi. Pelaksanaan imunisasi dapat mencegah 2-3 juta kematian setiap tahun akibat penyakit difteri, tetanus, pertusis, dan campak pada tahun 2014, namun pada tahun 2014 terdapat 18,7 juta bayi diseluruh dunia tidak mendapat imunisasi rutin DPT3, yang lebih dari 60% dari anak-anak ini tinggal di 10 negara yaitu Republik Demokrasi Kongo, Eutopia, India, Indonesia, Iraq, Nigeria, Pakistan, Philipina, Uganda, dan Afrika Selatan (4).

Menurut statistik kesehatan dunia 2015, cakupan imunisasi secara global untuk imunisasi DPT3 sebesar 84%, HepB3 sebesar 81% dan campak sebesar 84% pada tahun 2013, belum mencapai target imunisasi global yaitu sebesar 90%

dari jumlah anak usia 0-11 bulan di dunia. Indonesia termasuk negara yang tidak mencapai target tersebut, dengan cakupan imunisasi DPT3 sebesar 85%, HepB3 sebesar 85% dan campak sebesar 84% pada tahun 2013. Oleh karena itu, dari 194 negara anggota WHO, 65 negara diantaranya memiliki cakupan imunisasi DPT3 dibawah target global 90%, termasuk Indonesia (5).

Persentase imunisasi menurut jenisnya berdasarkan data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016 yang tertinggi sampai terendah adalah untuk DPTHB1 (94,7%), DPTHB3 (93,0%), BCG (92,7%), Polio (92,2%) dan terendah Campak (92,5). Bila dilihat masing-masing imunisasi menurut provinsi, Provinsi Aceh menempati urutan ke 32 dari 34 provinsi dengan hasil BCG (73,8%), HB<7 hari (77,2%), DPTHB1 (70,2%), DPTHB3, 68,1%), Polio (71,7%) dan Campak (73,5%).⁵ Adapun cakupan imunisasi dasar lengkap yang sudah di dapatkan anak umur 0-12 bulan di Provinsi Aceh pada tahun 2016 sebanyak 79.512 anak (69,1%) (6).

Indikator lain yang diukur untuk menilai keberhasilan pelaksanaan imunisasi adalah *Universal Child Immunization* atau yang biasa disingkat UCI. UCI adalah gambaran suatu desa/kelurahan dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi (0-11 bulan) yang ada di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Pada tahun 2016 terdapat tiga provinsi memiliki capaian tertinggi yaitu Bali (100%), DI Yogyakarta (100%), dan Jawa Tengah sebesar 99.93%. Sedangkan provinsi dengan capaian terendah yaitu Kalimantan Utara (30,69%), Papua Barat (56,77%) dan Papua (61.59%) (5).

Pada kondisi ini, diharapkan sistem kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal. Namun demikian, pada kondisi tertentu beberapa bayi tidak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Kelompok inilah yang disebut dengan *drop out* (DO) imunisasi. Bayi yang mendapatkan imunisasi DPT/HB1 pada awal pemberian imunisasi, namun tidak mendapatkan imunisasi campak, disebut *Drop Out Rate* DPT/HB1-Campak. Indikator ini diperoleh dengan menghitung selisih penurunan cakupan imunisasi campak terhadap cakupan imunisasi DPT/HB1.

Imunisasi DPT pada anak-anak diberikan sebanyak lima kali sejak anak berusia 2 bulan hingga 6 tahun. Tiga pemberian pertama pada usia 2 bulan, 4 bulan, dan 6 bulan. Pemberian yang ke-4 adalah pada usia 18-24 bulan dan pemberian yang terakhir pada usia 5 tahun. Dosis yang diberikan yakni satu kali suntikan setiap jadwal imunisasi. Setelahnya, dianjurkan untuk melakukan *booster* TD (imunisasi ulang Tetanus Difteri) tiap 10 tahun.

Dari Persentase Imunisasi dasar lengkap di Indonesia tahun 2016 yang menduduki tingkat yang paling tinggi di Bali sekitar 62,3%, DKI Jakarta sekitar 61,2%, Bangka Belitung sekitar 60,0%, yang paling rendah di Papua sekitar 20,3%, Papua Barat sekitar 18,3%, Maluku Utara sekitar 17,7% (5).

Berdasarkan data dari Seksi Surveilans dan Imunisasi P2P Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, angka cakupan imunisasi dasar lengkap di Aceh belum mencapai target. Pada 2015 angka cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) Aceh yaitu 74%, sementara pada 2016 malah menunjukkan penurunan menjadi 70%. Pada 2015 masih terdapat 6 kabupaten/kota dengan angka IDL >90%, masing-masing Kota Banda Aceh, Aceh Tengah, Aceh Tenggara, Gayo Lues, Bener

Meriah, dan Kota Langsa. Sedangkan pada 2016 hanya tiga kabupaten/kota dengan angka IDL > 90%, yaitu Bener Meriah, Kota Langsa, dan Aceh Tenggara. Indikator untuk menilai keberhasilan pelaksanaan imunisasi adalah UCI (*Universal Child Immunization*). Desa UCI adalah gambaran suatu desa di mana > 80% dari jumlah bayi (0-11 bulan) mendapat imunisasi dasar lengkap. Tahun 2015, capaian UCI di Aceh adalah sebesar 68% sedangkan pada 2016 kembali menurun yaitu 65%.

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue tercatat bahwa imunisasi rutin terlaksana dengan baik pada tahun 2015 imunisasi lengkap sebanyak 1.466 bayi sebesar 68%, pada tahun 2016 cakupan mengalami peningkatan jumlah bayi yang diimunisasi lengkap sebesar 73.2% dari 1.552 jumlah bayi, pencapaian HB0 pada tahun 2016 sebesar 95%, imunisasi BCG sebesar 100%, cakupan imunisasi DPT-HB3 sebesar 68.6%, cakupan imunisasi polio 4 sebesar 68.3% sedangkan cakupan imunisasi campak sebesar 73.2%.

Pada tahun 2015 target cakupan desa UCI adalah 95.65% dan pada tahun 2016 terjadi penurunan yakni sebesar 81.88%. Kecamatan dengan capaian tertinggi adalah Kecamatan Kuala Makmur, diikuti Kecamatan Teupah Barat, Kecamatan Simeulue Cut, Kecamatan Salang, Kecamatan Sanggiran masing-masing sebesar 100%. Kecamatan dengan capaian terendah adalah Kecamatan Teluk Dalam yaitu sebesar 50%, dan Kecamatan Simeulue Timur sebesar 40%.

Berdasarkan Laporan Data Bulanan dari petugas imunisasi Puskesmas Simeulue Timur tahun 2017, dari sasaran bayi sebesar 480 orang, tercatat bayi yang mendapat imunisasi HB0 sebesar 79%, BCG sebesar 74%, DPT/HB-HIB

sebesar 79%, DPT/HiB 76,7% dan DPT HB/ HB-3 sebesar 74,2%, campak sebesar 73,3% serta imunisasi dasar lengkap sebesar 64,8%.

Berdasarkan survei pendahuluan didapatkan informasi dari data bulanan bidan penanggung jawab Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2017 bahwa diketahui dari sasaran bayi baru lahir sebesar 44 orang, tercatat bayi yang mendapat imunisasi BCG sebesar 77,3%, Polio1 sebesar 77,3%, DPT/HB-HIB1 sebesar 71,4%, Polio2 sebesar 71,4%, DPT/HiB2 68,2%, Polio3 68,2% dan DPT HB/ HB-3 sebesar 63,6%, Polio4 sebesar 63,6%, IPV 65,9% campak sebesar 68,2% serta imunisasi dasar lengkap sebesar 63,6% (7).

Dari data diatas banyak faktor yang mempengaruhi kurangnya cakupan imunisasi dasar pada bayi yaitu kurangnya pengetahuan ibu tentang imunisasi DPT/HB-HIB, manfaat dan bahaya bila bayinya tidak diimunisasi ditambah memang ibu sendiri yang tidak mau membawa bayinya untuk diimunisasi dikarenakan pengalaman lalu dan isu yang berkembang saat ini juga kurangnya dukungan keluarga terutama suami, kondisi bayi, pekerjaan suami/ibu, pendidikan formal suami/ibu, tingkat penghasilan keluarga, penyuluhan imunisasi, jarak ke tempat pelayanan imunisasi, ketersediaan vaksin, efek samping imunisasi dan, sikap petugas kesehatan (8).

Imunisasi DPT dapat mencegah penyakit diptheri, pertusis dan tetanus. Diptheri menyebabkan infeksi saluran pernafasan atas, yang dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kesulitan bernafas bahkan kematian. Tetanus menyebabkan kekakuan otot dan kekejangan otot yang menyakitkan dan dapat

mengakibatkan kematian. Pertusis atau batuk rejan mempengaruhi saluran pernafasan dan dapat menyebabkan batuk hingga delapan minggu (5).

Difteria merupakan penyakit menular yang sangat berbahaya bagi anak-anak dan bisa mematikan. Penyakit ini mudah menular dan menyerang, terutama daerah saluran pernapasan bagian atas. Penularan bisa terjadi melalui percikan ludah dari orang yang membawa kuman ke orang lain yang sehat. Selain itu, penyakit ini bisa juga ditularkan melalui benda atau makanan yang terkontaminasi. Data dari Rumah Sakit Umum dr Zainoel Abidin (RSUZA) Banda Aceh, jumlah kasus penyakit difteri yang ditangani RSUZA sejak 1 Januari-1 Maret 2017 sudah mencapai 17 pasien, dua di antaranya meninggal dunia. Kondisi itu sudah masuk kategori kejadian luar biasa atau KLB (9).

Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan lima imunisasi dasar lengkap (LIL) yang terdiri dari : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis polio, 3 dosis hepatitis B, dan 1 dosis campak. (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2013). Pentavalen merupakan vaksin gabungan dari vaksin DPT (difteri, pertusis, tetanus), vaksin HB (Hepatitis B), dan vaksin HiB (haemophilus influenza tipe B). Vaksin ini diberikan untuk mencegah 6 penyakit sekaligus, yaitu difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, pneumonia, dan meningitis (radang otak). Vaksin ini diberikan sebanyak 4 kali, yaitu pada usia 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, dan 18 bulan.

Pada umumnya suami tidak menyadari manfaat pemberian imunisasi padabayi terhadap kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan suami, karena semakin tinggi pendidikan maka semakin baik wawasan tentang

kesehatan. Selain tingkat pendidikan, pengetahuan dan sikap juga dapat mempengaruhi perilaku suami yang tercermin pada tindakan suami dalam mendorong pemberian imunisasi pada bayi. Oleh karena pentingnya pemberian imunisasi dasar lengkap, maka suami dituntut untuk memiliki pengetahuan yang memadai.

Hasil penelitian Simangunsong (2011) menunjukkan bahwa sebagian besar tingkatan tindakan responden dalam membawa bayi Imunisasi Puskesmas Kolang, Kecamatan Kolang, Kabupaten Tapanuli Tengah berada pada tingkat kategori tidak membawa yaitu sebanyak 44 orang (100,00%) dan membawa 0 (0,00%). Alasan Responden tidak membawa bayi karena sibuk kerja sebanyak 30 orang (68,18%), dan Responden karena malu sebanyak 5 orang (11,36%) (10).

Hasil penelitian Lobert (2011) menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan suami tentang pemberian Imunisasi pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Aekraja Kabupaten Tapanuli Utara terdapat dari 67 Responden kategori buruk yaitu sebanyak 60 orang (89,5%) dan kategori sedang 3 orang (4,5%) (11).

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Ramli (2008) menyimpulkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian drop out imunisasi DPT adalah: pengetahuan ibu tentang imuisasi DPT, faktor jumlah anak balita, faktor kepuasan ibu terhadap pelayanan petugas imunisasi, faktor keterlibatan pamong dalam memotivasi ibu dan faktor jarak rumah ke tempat pelayanan imunisasi.

Menurut Notoatmodjo, pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, yang dapat menimbulkan

perubahan persepsi dan terbentuknya sikap yang konsisten. Dengan pengetahuan, sikap dan tindakan yang baik dalam mendorong pemberian imunisasi, sehingga dapat menurunkan angka kematian pada anak (12).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari 10 ibu yang mempunyai bayi yang berada di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur, hanya 4 orang (40%) ibu yang memiliki pengetahuan baik tentang imunisasi DPT/HB-HiB dan bersedia bayinya untuk diberikan imunisasi DPT/HB-HiB, 2 orang (20%) ibu mengatakan tidak perlu diberikan imunisasi karena sudah mendapat imunisasi DPT1 dan 4 orang (40,%) tidak bersedia bayinya di suntik karena takut bayinya demam, selain itu suami/keluarga yang tidak mendukung untuk diberikan imunisasi DPT/HB-HiB. Ibu juga mengatakan bahwa penyuluhan dari tenaga kesehatan jarang dilakukan sehingga ibu tidak mengetahui manfaat imunisasi DPT/HB-HiB dan tidak tahu jadwal pemberiannya.

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan sebelumnya maka peneliti tertarik untuk mengetahui perilaku Ibu dalam pemberian Imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simelue Timur tahun 2018.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah :

- 1) Apakah ada pengaruh Pengetahuan ibu dengan prilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB didesa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018 ?

- 2) Apakah ada pengaruh Sikap ibu dengan prilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB didesa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018 ?
- 3) Apakah ada pengaruh Keterampilan dengan prilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB didesa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018 ?
- 4) Apakah ada pengaruh Dukungan Tenaga Kesehatan dengan prilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB didesa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018 ?
- 5) Apakah ada pengaruh Dukungan Suami/Keluarga dengan prilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB didesa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018 ?
- 6) Apakah faktor yang paling dominan memengaruhi prilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018 ?

1.3. Tujuan Penelitian

- 1) Untuk mengetahui pengaruh pengetahuan ibu terhadap prilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.
- 2) Untuk mengetahui pengaruh sikap ibu terhadap pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.

- 3) Untuk mengetahui pengaruh keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.
- 4) Untuk mengetahui pengaruh dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.
- 5) Untuk mengetahui pengaruh dukungan suami/ keluarga terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.
- 6) Untuk mengetahui faktor yang paling dominan memengaruhi perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

- a) Bagi Institut Kesehatan Helvetia

Diharapkan penelitian ini bermanfaat bagi mahasiswa Institut Kesehatan Helvetia khususnya mahasiswa program studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam menganalisa perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB .

- b) Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan pengetahuan bagi penulis dalam penerapan ilmu yang diperoleh sewaktu mengikuti perkuliahan khususnya tentang pemberian immunisasi DPT/HB-HiB.

1.4.2 Manfaat Praktis

a) Bagi Petugas Pelayanan Kesehatan

Untuk menambah informasi kepada petugas kesehatan khususnya petugas program imunisasi tentang pentingnya imunisasi DPT/HB-HiB.

b) Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue

Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Simeulue untuk meningkatkan evaluasi laporan program imunisasi dari puskesmas dan menindak lanjutinya dan meningkatkan cakupan imunisasi DPT/HB-HiB di Kabupaten Simeulue.

c) Bagi Peneliti Selanjutnya.

Diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan bagi peneliti dan bahan perbandingan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian tentang imunisasi DPT/HB-HiB.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Peneliti Terdahulu

Penelitian oleh Agustin (2014), tentang Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi Pentabio di Puskesmas Tasikmadu Kabupaten Karanganyar, menyimpulkan bahwa tingkat pengetahuan ibu tentang imunisasi pentabio di wilayah kerja Puskesmas Tasikmadu Kabupaten Karanganyar sebagian besar berpengetahuan cukup sebanyak 21 orang (63,64%), dan sebagian kecil berpengetahuan kurang sebanyak 5 orang (15,15%). Simpulan yang dapat diperoleh yaitu Tingkat pengetahuan ibu tentang manfaat imunisasi pentabio cukup, dosis dan jadwal pemberian imunisasi pentabio baik, KIPi dan penanganannya imunisasi pentabio baik, indikasi dan kontra indikasi cukup di wilayah kerja Puskesmas Tasikmadu Kabupaten Karanganyar (13).

Demikian juga Agustina (2012) dalam penelitiannya yang berjudul Pengetahuan dan Sikap Ibu terhadap Pemberian Imunisasi Dasar pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Montasik Kabupaten Aceh Besar, diketahui bahwa dari 5 responden yang mempunyai pengetahuan tinggi yaitu 3 orang (60%) melakukan pemberian imunisasi dasar lengkap, dan dari 5 responden yang mempunyai pengetahuan cukup yaitu 3 orang (60%) melakukan pemberian imunisasi dasar lengkap, serta dari 40 responden yang mempunyai pengetahuan kurang yaitu 23 (57,5%) melakukan pemberian imunisasi dasar lengkap di Wilayah Kerja Puskesmas Montasik Kabupaten Aceh Besar. Dan dari 26 responden yang mempunyai sikap positif 15 orang (57,6%) melakukan pemberian imunisasi dasar

lengkap dan dari 24 responden yang mempunyai sikap negatif 14 orang (58,%) melakukan pemberian imunisasi dasar lengkap di Wilayah Kerja Puskesmas Montasik Kabupaten Aceh Besar. Kesimpulan dari penelitian ini bahwa pengetahuan dan sikap ibu tentang pemberian imunisasi dasar pada bayi sangat mempengaruhi untuk kesehatan bayi, diungkapkan pada pelayanan kesehatan agar memberi penyuluhan baik di puskesmas maupun posyandu (14).

Penelitian lain di Kota Karanganyar oleh Anjani (2015) tentang Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi Pentavalen di Desa Puntukrejo Karanganyar, menyimpulkan bahwa tingkat pengetahuan ibu tentang imunisasi pentavalen di Desa Puntukrejo, Karanganyar, ibu dengan pengetahuan baik sebanyak 9 responden (22,5%), pengetahuan cukup sebanyak 26 responden (60%), pengetahuan kurang sebanyak 7 responden (17,5%). Disimpulkan tingkat pengetahuan ibu tentang imunisasi pentavalen di Desa Puntukrejo Karanganyar sebagian besar dalam kategori cukup yaitu sebanyak 26 responden (60%) (15) .

Penelitian yang sama dilakukan Chandra (2016) dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan, Pekerjaan, Kepercayaan dan Dukungan Keluarga dengan Pemberian Imunisasi Dasar pada Batita di Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Alalak Selatan, menyimpulkan tingkat pengetahuan, pekerjaan, kepercayaan dan dukungan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan pemberian imunisasi dasar di posyandu di wilayah kerja Puskesmas Alalak Selatan. Berdasarkan hasil penelitian, saran yang dapat diberikan adalah untuk para ibu batita agar memaksimalkan penggunaan sarana di Posyandu untuk memantau

perkembangan dan pertumbuhan batitanya, dan sangat pentingnya dukungan dari keluarga untuk memotivasi ibu batita datang ke Posyandu (16).

Penelitian yang dilakukan Handajany (2015) dengan judul Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku dalam Memberikan Imunisasi Dasar pada Bayi di Desa Bojong Sari Wilayah Kerja Puskesmas Kedung Waringin Kabupaten Bekasi Tahun 2015, menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu dengan perilaku ibu dalam memberikan imunisasi dasar pada bayi. Pendidikan ibu ($p= 0,003$), dukungan keluarga ($p= 0,000$ dan $OR = 9,333$) tingkat sosial ekonomi memiliki hubungan dengan perilaku ibu dalam memberikan imunisasi dasar pada bayi ($p= 0,000$ dan $OR = 33,143$) dan pengetahuan ibu memiliki hubungan dengan perilaku ibu dalam memberikan imunisasi dasar pada bayi ($p= 0,039$ dan $OR = 3,281$). Kesimpulan- Ibu dengan dukungan keluarga, ibu dengan tingkat sosial ekonomi rendah dan ibu dengan pengetahuan baik memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk melakukan imunisasi dasar lengkap (17).

Penelitian serupa yang dilakukan Huda (2009) berjudul Gambaran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu tentang Imunisasi Dasar Lengkap di Puskesmas Ciputat Tahun 2009, menyimpulkan bahwa sebagian besar pengetahuan yang buruk (45.4%), sikap yang baik (50%) dan memiliki perilaku yang baik (93.5%). Kurangnya informasi yang didapat oleh responden mengakibatkan tingkat pengetahuan responden tentang imunisasi dasar lengkap di Puskesmas Ciputat masih tergolong buruk.

Munawaroh (2016) dalam penelitiannya yang berjudul Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Imunisasi Pentavalen Booster di Wilayah

Kerja Puskesmas Mangsari Salatiga, mengambil kesimpulan bahwa Ibu batita yang sudah melaksanakan praktik imunisasi pentavalen booster terhadap batitanya sebesar 73%. Dari hasil penelitian menunjukkan sebesar 54%, usia responden pada kategori muda yaitu 31 tahun, sebesar 51% dari responden berpendidikan dasar yaitu tidak sekolah, SD, SMP, sebesar 59% responden berstatus pekerjaan tidak bekerja, sebesar 61% responden mempunyai pengetahuan yang baik tentang imunisasi pentavalen booster, sebesar 78% responden menyatakan bahwa pengetahuan di dapat dari tenaga kesehatan, sebesar 81% dari responden bersikap mendukung dengan baik praktik imunisasi pentavalen booster, sebesar 88% responden menyatakan terjangkau dengan fasilitas layanan imunisasi pentavalen booster, hampir seluruh (86%) responden melaksanakan praktik imunisasi pentavalen booster terhadap batitanya di layanan gratis yaitu di posyandu, puskesmas pembantu dan puskesmas sebagian besar responden (59,3%) kurang mendapatkan dukungan dari keluarga dalam praktik imunisasi pentavalen booster, sebagian besar responden 72,9% mendapat dukungan dari kader dalam praktik imunisasi pentavalen booster, dan sebesar 86,4% responden mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan dalam praktik imunisasi pentavalen booster (18).

Mushlihah (2017) dalam penelitiannya yang berjudul Hubungan Pengetahuan Ibu dan Dukungan Keluarga terhadap Imunisasi dengan Status Imunisasi di Wilayah Kerja Puskesmas Sempor I, menyimpulkan bahwa mayoritas ibu yang memiliki bayi usia 11 bulan memiliki pengetahuan yang baik, serta dukungan yang baik. Ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan status

imunisasi, dan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan status imunisasi di wilayah kerja puskesmas sempor I (19).

Penelitian yang dilakukan Puri (2016) dengan judul Pengaruh Persepsi Ibu tentang Imunisasi Ditinjau dengan Health Belief Model terhadap Kelengkapan Status Imunisasi menyimpulkan ada pengaruh tidak langsung antara persepsi kerentanan dengan kelengkapan status imunisasi melalui persepsi ancaman ($b=1$). Ada pengaruh langsung antara persepsi ancaman dengan kelengkapan status imunisasi ($b=1,88$). Ada pengaruh langsung antara persepsi manfaat dengan kelengkapan status imunisasi ($b=1,83$) dan ada pengaruh langsung antara persepsi hambatan dengan kelengkapan status imunisasi ($b=0,96$) (20).

Penelitian yang sama dilakukan Sarbini (2013) dengan judul Pengaruh Reaksi Imunisasi DPT/HB terhadap Sikap dan Perilaku Ibu dalam Pelaksanaan Imunisasi DPT/HB di Kota Semarang, menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara reaksi imunisasi DPT/HB dengan sikap dan perilaku ibu dalam pelaksanaan imunisasi DPT/HB di Kota Semarang (21).

2.2 Telaah Teori

2.2.1. Imunisasi

a. Definisi

Kata *imun* berasal dari bahasa Latin yaitu *immunitas* yang artinya pembebasan (kekebalan) yang diberikan kepada senator Romawi selama masa jabatan mereka terhadap kewajiban sebagai warga negara biasa dan terhadap dakwaan. Kemudian dalam perkembangan sejarah, pengertiannya berubah

menjadi perlindungan terhadap penyakit dan lebih spesifik lagi terhadap penyakit menular.

Imunisasi berarti suatu usaha untuk mendapatkan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan kuman atau produk kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan. Dengan dimasukkannya kuman atau bibit penyakit tersebut diharapkan tubuh dapat menghasilkan zat anti yang nantinya dipergunakan oleh tubuh untuk melawan kuman atau bibit penyakit yang menyerang tubuh (22).

Imunisasi bertujuan untuk memberikan kekebalan kepada bayi agar dapat mencegah terjadinya penyakit tertentu dan juga mencegah kematian bayi serta anak. Sedangkan manfaat imunisasi adalah: (1) untuk anak: mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, serta kemungkinan cacat atau kematian; (2) untuk keluarga: menghilangkan kecemasan psikologi pengobatan bila anak sakit, mendorong pembentukan keluarga apabila orangtua yakin bahwa anaknya akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman; (3) Untuk negara: memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara.

Ada dua jenis imunisasi, yaitu:

- a) Imunisasi aktif ; tubuh anak akan membuat sendiri zat anti setelah suatu rangsangan antigen dari luar tubuh, misalnya rangsangan virus yang telah dilemahkan pada imunisasi polio atau imunisasi campak. Setelah rangsangan ini kadar zat anti dalam tubuh anak akan meningkat, sehingga anak menjadi imun atau kebal. Pada imunisasi aktif, tubuh anak sendiri

secara aktif akan menghasilkan zat anti setelah adanya rangsangan vaksin dari luar tubuh.

- b) Imunisasi pasif ; imunisasi dilakukan dengan penyuntikan sejumlah zat anti, sehingga kadarnya dalam darah akan meningkat. Zat anti yang disuntikkan tadi biasanya telah dipesiapkan pembuatannya di luar tubuh anak, misalnya zat anti yang terdapat dalam serum kuda yang telah dimurnikan. Jadi pada imunisasi pasif, kadar zat anti yang meningkat dalam tubuh anak bukan sebagai hasil produksi tubuh anak sendiri, tetapi secara pasif diperoleh karena suntikan atau pemberian dari luar tubuh.

Sesuai dengan program pemerintah (Departemen Kesehatan) tentang Program Pengembangan Imunisasi (PPI), maka seorang anak diharuskan mendapat perlindungan terhadap 7 jenis penyakit utama, yaitu: penyakit TBC (dengan memberikan vaksin BCG), difteria, batuk rejan, tetanus (dengan memberikan vaksin DPT), poliomyelitis (dengan memberikan vaksin polio), campak dan hepatitis B.

b. Tujuan

Ada tiga tujuan utama pemberian imunisasi pada seseorang, yaitu mencegah terjadinya suatu penyakit tertentu pada seseorang, menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi), serta menghilangkan penyakit tertentu dari dunia (misalnya cacar), hanya mungkin pada penyakit yang ditularkan melalui manusia (misalnya difteria) (23).

Tujuan dari pemberian imunisasi ini adalah untuk mengurangi angka penderita suatu penyakit yang sangat membahayakan kesehatan, bahkan bisa menyebabkan kematian pada penderitanya (3).

2.2.2. Vaksin DPT (*Difteri Pertusis Tetanus*)

a. Pengertian

Vaksin DPT (*Difteri Pertusis Tetanus*) adalah vaksin yang terdiri dari *toxoid difteri* dan *tetanus* yang dimurnikan serta bakteri pertusis yang telah diinaktivasi.

Upaya Departemen Kesehatan melaksanakan Program Eliminasi Tetanus Neonatorum (ETN) melalui imunisasi DPT, DT atau TT dilaksanakan berdasarkan perkiraan lama waktu perlindungan sebagai berikut:

- a) Imunisasi DPT 3x akan memberikan imunitas 1-3 tahun.

Dengan 3 dosis *toksoid tetanus* pada bayi dihitung setara dengan 2 dosis pada anak yang lebih besar atau dewasa.

- b) Ulangan DPT pada umur 18-24 bulan (DPT 4) akan memperpanjang imunitas 5 tahun yaitu sampai dengan umur 6-7 tahun. Dengan 4 dosis *toksoid tetanus* pada bayi dan anak dihitung setara dengan 3 dosis pada dewasa.

b. Cara Pemberian dan Dosis:

- a) Sebelum digunakan vaksin harus dikocok terlebih dahulu agar suspensi menjadi homogen.

b) Disuntik secara intra muskuler dengan dosis pemberian 0,5 ml sebanyak 3 dosis. Dosis pertama diberikan pada umur 2 bulan, dosis selanjutnya diberikan dengan interval paling cepat 4 minggu (1 bulan).

c) Cara memberikan vaksin ini, sebagai berikut:

(1) Letakkan bayi dengan posisi miring diatas pangkuan ibu dengan seluruh kaki terlentang

(2) Orang tua sebaiknya memegang kaki bayi

(3) Pegang paha dengan ibu jari dan jari telunjuk

(4) Masukkan jarum dengan sudut 90 derajat

(5) Tekan seluruh jarum langsung ke bawah melalui kulit sehingga masuk kedalam otot.

c) **Indikasi**

Untuk pemberian kekebalan secara simultan terhadap *difteri, pertusis, dan tetanus*.

d) **Kontra Indikasi**

Gejala-gejala keabnormalan otak pada periode bayi baru lahir atau gejala serius keabnormalan pada syaraf merupakan kontra indikasi *pertusis*. Anak-anak yang mengalami gejala-gejala parah pada dosis pertama, komponen *pertusis* harus dihindarkan pada dosis kedua, dan untuk meneruskan imunisasinya dapat diberikan DT.

e) **Efek samping**

Gejal-gejala yang bersifat sementara seperti: lemas, demam tinggi, iritabilitas, dan meracau yang biasanya terjadi 24 jam setelah imunisasi

2.2.3. DPT-HB-Hib (*Difteri Pertusis Tetanus-Hepatitis B-Haemophilus Influenzae Tipe B*)

Vaksin DPT-HB-Hib adalah suatu vaksin yang terdiri dari difteri murni, toksoid, tetanus, bakteri pertusis 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* (HiB) tidak infeksius yang dikongjugasikan kepada protein toksoid tetanus. Vaksin ini dikemas dalam vial 5 dosis. Vaksin ini digunakan untuk mencegah terhadap penyakit difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B, dan infeksi *Haemophilus Influenzae tipe b* (Hib). Vaksin tidak akan membahayakan individu yang sedang atau sebelumnya telah terinfeksi virus hepatitis B.

a. Cara Pemberiannya

Sebelum digunakan vaksin harus dikocok terlebih dahulu agar suspensi menjadi homogen kemudian disuntikkan secara intra muskuler tepatnya di paha untuk bayi dan lengan kanan untuk balita dengan dosis pemberian 0,5 ml sebanyak 3 dosis. Dosis pertama diberikan pada umur 2 bulan, dosis selanjutnya diberikan dengan interval paling cepat 4 minggu (1 bulan). Di unit pelayanan statis vaksin DPT-HB-Hib yang telah dibuka hanya boleh digunakan selama 4 minggu dengan ketentuan :

1. Vaksin belum kadaluarsa
2. Vaksin disimpan dalam suhu 2°C - 8°C
3. Tidak pernah terendam air
4. Sterilitasnya terjaga
5. Vaksin yang sudah dibuka tidak boleh digunakan lagi untuk hari berikutnya.

b. Reaksi Pemberian

1. Reaksi Lokal : bengkak, Nyeri, dan kemerahan pada lokasi suntikan disertai demam dapat timbul dalam sejumlah besar kasus.
2. Reaksi berat : Kadang-kadang demam tinggi, iritabilitas (rewel), dan menangis dengan nada tinggi dapat terjadi dala 24 jam setelah pemberian (24).

2.2.4. Penyakit Difteri, Pertusis, Tetanus (DPT), Hepatitis B

A. DIFTERI

a. Definisi Difteri

Difteria adalah suatu penyakit bakteri akut terutama menyerang tonsil, faring, laring, hidung, adakalanya menyerang selaput lendir atau kulit serta kadang-kadang konjungtiva atau vagina. Timbulnya lesi yang khas disebabkan oleh cytotoxin spesifik yang dilepas oleh bakteri. Lesi nampak sebagai suatu membran asimetrik keabu-abuan yang dikelilingi dengan daerah inflamasi. Tenggorokan terasa sakit, sekalipun pada difteria faucial atau pada difteri faringotonsiler diikuti dengan kelenjar limfe yang membesar dan melunak. Pada kasus-kasus yang berat dan sedang ditandai dengan pembengkakan dan oedema di leher dengan pembentukan membran pada trachea secara ekstensif dan dapat terjadi obstruksi jalan napas (25).

Difteri hidung biasanya ringan dan kronis dengan satu rongga hidung tersumbat dan terjadi ekskorisasi (ledes). Infeksi subklinis (atau kolonisasi) merupakan kasus terbanyak. Toksin dapat menyebabkan myocarditis dengan heart block dan kegagalan jantung kongestif yang progresif, timbul satu minggu setelah

gejala klinis difteri. Bentuk lesi pada difteri kulit bermacam-macam dan tidak dapat dibedakan dari lesi penyakit kulit yang lain, bisa seperti atau merupakan bagian dari impetigo.

b. Penyebab

Penyebab penyakit difteri adalah *Corynebacterium diphtheriae*. Berbentuk batang gram positif, tidak berspora, bercampak atau kapsul. Infeksi oleh kuman sifatnya tidak invasive, tetapi kuman dapat mengeluarkan toxin, yaitu exotoxin. Exotoxin yang diproduksi oleh bakteri merupakan suatu protein yang tidak tahan terhadap panas dan cahaya. Bakteri dapat memproduksi toksin bila terinfeksi oleh bakteriofag yang mengandung toksigen. Toxin difteri ini, karena mempunyai efek patologik menyebabkan orang jadi sakit. Ada tiga type variants dari *Corynebacterium diphtheriae* ini yaitu : type mitis, type intermedius dan type gravis. *Corynebacterium diphtheriae* dapat dikalsifikasikan dengan cara bacteriophage lysis menjadi 19 tipe. *Corynebacterium diphtheriae* ini dalam bentuk satu atau dua varian yang tidak ganas dapat ditemukan pada tenggorokan manusia, pada selaput mukosa. Organisme ini terlokalisasi di tenggorokan yang meradang bila bakteri ini tumbuh dan mengeluarkan eksotoksin yang ampuh. Sel jaringan mati, bersama dengan leukosit, erosit, dan bakteri membentuk eksudat berwarna kelabu suram yang disebut pseudomembran pada faring. Di dalam pseudomembran, bakteri berkembang serta menghasilkan racun. Jika pseudomembran ini meluas sampai ke trakea, maka saluran nafas akan tersumbat dan si penderita akan kesulitan bernafas. Sebelum era vaksinasi, racun yang dihasilkan oleh kuman ini sering menyebabkan penyakit yang serius, bahkan dapat

menimbulkan kematian. Tapi sejak vaksin difteri ditemukan dan imunisasi terhadap difteri digalakkan, jumlah kasus penyakit dan kematian akibat kuman difteri menurun dengan drastis (26).

c. Cara Penularan

Sumber penularan penyakit difteri ini adalah manusia, baik sebagai penderita maupun sebagai carier. Cara penularannya yaitu melalui kontak dengan penderita pada masa inkubasi atau kontak dengan carier. Caranya melalui pernafasan atau *droplet infection*. Masa inkubasi penyakit difteri ini 2-5 hari, masa penularan penderita 2-4 minggu sejak masa inkubasi, sedangkan masa penularan carier bisa sampai 6 bulan. Penyakit difteri yang diserang terutama saluran pernafasan bagian atas.

Ciri khas dari penyakit ini ialah pembekakan di daerah tenggorokan, yang berupa reaksi radang lokal, dimana pembuluh-pembuluh darah melebar mengeluarkan sel darah putih sedang sel-sel epitel disitu rusak, lalu terbentuklah disitu membran putih keabu-abuan (*pseudomembrane*). Membran ini sukar diangkat dan mudah berdarah. Di bawah membran ini bersarang kuman difteri dan kuman-kuman ini mengeluarkan exotoxin yang memberikan gejala-gejala yang lebih berat dan kelenjer getah bening yang berada disekitarnya akan mengalami hiperplasia dan mengandung toksin. Eksotoksin dapat mengenai jantung dapat menyebabkan miyocarditis toksik atau mengenai jaringan perifer sehingga timbul paralisis terutama pada otot-otot pernafasan. Toksin ini juga dapat menimbulkan nekrosis fokal pada hati dan ginjal, malahan dapat timbul nefritis interstisial. Penderita yang paling berat didapatkan pada difteri faucial dan

faringea karena terjadi penyumbatan membran pada laring dan trakea sehingga saluran nafas ada obstruksi dan terjadi gagal napas, gagal jantung yang bisa mengakibatkan kematian, ini akibat komplikasi yang sering pada bronco pneumoni (27).

d. Masa Inkubasi dan Klinis

Masa inkubasi difteri adalah 2-5 hari (berkisar, 1-10 hari). Penyakit ini dapat melibatkan hampir semua membrane mukosa. Gambaran klinik tergantung pada lokasi anatomi yang dikenai. Beberapa tipe difteri berdasarkan lokasi anatomi adalah:

a) Difteria Hidung

Gejalanya paling ringan dan jarang terjadi (hanya 2%). Mula-mula hanya tampak pilek, tetapi kemudian sekret yang keluar tercampur darah sedikit yang berasal dari pseudomembran. Penyebaran pseudomembran dapat pula mencapai laring dan faring. Penderita diobati seperti penderita lainnya seperti anti toksin dan terapi antibiotic. Bila tidak diobati akan berlangsung mingguan dan merupakan sumber utama penularan.

b) Difteria Faring dan Tonsil

Paling sering dijumpai (kurang lebih 75%). Gejala mungkin ringan. Hanya berupa radang pada selaput lender dan tidak membentuk pseudomembran sedangkan diagnosis dapat dibuat atas dasar hasil biakan yang positif. Dapat sembuh sendiri dan memberikan imunitas pada penderita. Pada penyakit yang lebih berat, mulainya seperti radang akut tenggorok dengan suhu yang tidak terlalu tinggi, dapat ditemukan pada pseudomembran yang mula-mula hanya

berupa bercak putih keabu-abuan yang cepat meluas ke nasofaring atau ke laring. Napas berbau dan timbul pembengkakan kelenjar regional sehingga leher tampak seperti leher sapi (*bull neck*).

c) Difteria Laring dan Trakea

Dengan gejala tidak bisa bersuara, sesak, nafas berbunyi, demam sangat tinggi sampai 40 derajat celsius, sangat lemah, kulit tampak kebiruan, pembengkakan kelenjar leher. Difteri jenis ini merupakan difteri paling berat karena bisa mengancam nyawa penderita akibat gagal nafas.(5) Lebih sering sebagai penjalaran difteria faring dan tonsil (3 kali lebih banyak) daripada primer mengenai laring. Gejala gangguan napas berupa suara serak dan stidor inspirasi jelas dan berat dapat timbul sesak napas hebat, sinosis dan tampak retraksi suprasternal serta epigastrium. Pembesaran kelenjar regional akan menyebabkan bull neck (leher sapi). Pada pemeriksaan laring tampak kemerahan, sembab, banyak secret dan permukaan ditutupi oleh pseudomembran. Bila anak terlihat sesak dan payah sekali maka harus segera ditolong dengan tindakan trakeostomi sebagai pertolongan pertama (26).

d) Difteria Cutaneous (kulit)

Gejala berupa luka mirip sariawan pada kulit dan vagina dengan pembentukan membran di atasnya. Namun tidak seperti sariawan yang sangat nyeri, pada difteri, luka yang terjadi cenderung tidak terasa apa apa.(5) Di Amerika Serikat, difteri kutaneus sering dikaitkan dengan orang-orang tunawisma. Merupakan keadaan yang jarang sekali terjadi .

e. **Klasifikasi**

Biasanya pembagian dibuat menurut tempat atau lokalisasi jaringan yang terkena infeksi. Pembagian berdasarkan berat ringannya penyakit juga diajukan oleh Beach, dkk (1950) sebagai berikut:

- a) Infeksi Ringan: bila pseudomembran hanya terdapat pada mukosa hidung dengan gejala hanya nyeri menelan.
- b) Infeksi sedang : bila pseudomembran telah menyerang sampai faring (dinding belakang rongga mulut) sampai menimbulkan pembengkakan pada laring.
- c) Infeksi berat bila terjadi sumbatan nafas yang berat disertai dengan gejala komplikasi seperti miokarditis (radang otot jantung), paralisis (kelemahan anggota gerak) dan nefritis (radang ginjal).

f. **Pencegahan**

- a) Isolasi Penderita

Penderita difteria harus di isolasi dan baru dapat dipulangkan setelah pemeriksaan sediaan langsung menunjukkan tidak terdapat lagi *Corynebacterium Diphtheriae*.

- b) Imunisasi

Pencegahan dilakukan dengan memberikan imunisasi DPT (difteria, pertusis, dan tetanus) pada bayi, dan vaksin DT (difteria, tetanus) pada anak-anak usia sekolah dasar.

- (c) Pencarian dan kemudian mengobati karier difteria

Dilakukan dengan uji Schick, yaitu bila hasil uji negatif (mungkin penderita karier pernah mendapat imunisasi), maka harus dilakukan

hapusan tenggorok. Jika ternyata ditemukan *C. diphtheriae*, penderita harus diobati dan bila perlu dilakukan tonsilektomi.

g. Pengobatan

Tujuan pengobatan penderita difteria adalah menginaktivasi toksin yang belum terikat secepatnya, mencegah dan mengusahakan agar penyulit yang terjadi minimal, mengeliminasi *C. diphtheriae* untuk mencegah penularan serta mengobati infeksi penyerta dan penyulit difteria.

a) Pengobatan Umum

Pasien diisolasi sampai masa akut terlampaui dan biakan hapusan tenggorok negatif 2 kali berturut-turut. Pada umumnya pasien tetap diisolasi selama 2-3 minggu. Istirahat tirah baring selama kurang lebih 2-3 minggu, pemberian cairan serta diet yang adekuat. Khusus pada difteria laring dijaga agar nafas tetap bebas serta dijaga kelembaban udara dengan menggunakan humidifier.

b) Pengobatan Khusus

Antitoksin : Anti Diphtheriar Serum (ADS) Antitoksin harus diberikan segera setelah dibuat diagnosis difteria. Dengan pemberian antitoksin pada hari pertama, angka kematian pada penderita kurang dari 1%. Namun dengan penundaan lebih dari hari ke-6 menyebabkan angka kematian ini bisa meningkat sampai 30%. Sebelum pemberian ADS harus dilakukan uji kulit atau uji mata terlebih dahulu. Antibiotik Antibiotik diberikan bukan sebagai pengganti antitoksin, melainkan untuk membunuh bakteri dan menghentikan produksi toksin. Pengobatan untuk difteria digunakan eritromisin, Penisilin,

kristal aqueous penisilin G, atau Penisilin prokain. Kortikosteroid Dianjurkan pemberian kortikosteroid pada kasus difteria yang disertai gejala.

- c) Pengobatan Penyulit Pengobatan terutama ditujukan untuk menjaga agar hemodinamika tetap baik. Penyulit yang disebabkan oleh toksin umumnya reversibel. Bila tampak kegelisahan, iritabilitas serta gangguan pernafasan yang progresif merupakan indikasi tindakan trakeostomi.

- d) Pengobatan Kontak

Pada anak yang kontak dengan pasien sebaiknya diisolasi sampai tindakan berikut terlaksana, yaitu biakan hidung dan tenggorok serta gejala klinis diikuti setiap hari sampai masa tunas terlampaui, pemeriksaan serologi dan observasi harian. Anak yang telah mendapat imunisasi dasar diberikan booster toksoid difteria.

- e) Pengobatan Karier

Karier adalah mereka yang tidak menunjukkan keluhan, mempunyai uji Schick negatif tetapi mengandung basil difteria dalam nasofaringnya. Pengobatan yang dapat diberikan adalah penisilin 100 mg/kgBB/hari oral atau suntikan, atau eritromisin 40 mg/kgBB/hari selama satu minggu. Mungkin diperlukan tindakan tonsilektomi /adenoidektomi.

B. PERTUSIS

a. Definisi Pertusis

Pertusis adalah infeksi saluran pernafasan akut yang disebabkan oleh berdetallah pertusis. Pertusis adalah penyakit saluran nafas yang disebabkan oleh

berdetella pertusisa, nama lain penyakit ini adalah Tussisi Quinta, whooping cough, batuk rejan.

b. Etiologi

Bordetella pertusis adalah satu-satunya penyebab pertusis yaitu bakteri gram negatif, tidak bergerak dan ditemukan dengan melakukan swab pada daerah nasofaring dan ditanamkan pada media agar Bordet-Gengou (28).

Adapun ciri-ciri organisme ini antara lain:

- a) Berbentuk batang (coccobacilus).
- b) Tidak dapat bergerak.
- c) Bersifat gram negatif.
- d) Tidak berspora, mempunyai kapsul.
- e) Mati pada suhu 55°C selama ½ jam, dan tahan pada suhu rendah (0°-10°C).
- f) Dengan pewarnaan Toluidin blue, dapat terlihat granula bipolar metakromatik.
- g) Tidak sensitif terhadap tetrasiklin, ampicillin, eritromisin, tetapi resisten terhadap penicillin.

c. Manifestasi klinik

Masa tunas 7-14 hari. Penyakit ini dapat berlangsung selama 6 minggu atau lebih dan terbagi dalam 3 stadium:

a) Stadium kataralis

Stadium ini berlangsung 1-2 minggu ditandai dengan adanya batuk-batuk ringan, terutama pada malam hari, pilek, serak, anoreksia dan demam ringan.

Stadium ini menyerupai influenza.

b) Stadium spasmodik

Berlangsung selama 2-4 minggu, batuk semakin berat sehingga pasien gelisah dengan muka merah dan sianotik. Batuk terjadi paroksismal berupa batuk-batuk khas. Serangan batuk panjang dan tidak ada inspirasi di antaranya dan diakhiri dengan *whoop* (tarikan nafas panjang dan dalam berbunyi melengking). Sering diakhiri muntah disertai sputum kental. Anak-anak dapat sempat terberak-berak dan terkencing-kencing. Akibat tekanan saat batuk dapat terjadi perdarahan sub konjungtiva dan epistaksis. Tampak keringat, pembuluh darah leher dan muka lebar.

c) Stadium konvalesensi

Berlangsung selama 2 minggu sampai sembuh. Jumlah dan beratnya serangan batuk berkurang, muntah berkurang dan nafsu makan timbul kembali.

d. Cara Penularan

Cara penularan pertusis, melalui:

a) Droplet infection

b) Kontak tidak langsung dari alat-alat yang terkontaminasi

Penyakit ini dapat ditularkan penderita kepada orang lain melalui percikan-percikan ludah penderita pada saat batuk dan bersin. Dapat pula melalui sapu tangan, handuk dan alat-alat makan yang dicemari kuman-kuman penyakit tersebut. Tanpa dilakukan perawatan, orang yang menderita pertusis dapat menularkannya kepada orang lain selama sampai 3 minggu setelah batuk dimulai.

e. Patofisiologi

Bordella merupakan kokobasili gram negatif yang sangat kecil yang tumbuh secara aerobik pada agar darah tepung atau media sintetik keseluruhan dengan faktor pertumbuhan dengan faktor tikotinamid, asam amino untuk energi dan arang atau resin siklodekstrin untuk menyerap bahan-bahan berbahaya.

Bordella pertusis menghasilkan beberapa bahan aktif secara biologis, banyak darinya dimaksudkan untuk memainkan peran dalam penyakit dan imunitas. Pasca penambahan aerosol, hemaglutinin felamentosa (HAF), beberapa aglutinogen (terutama FIM2 dan Fim3), dan protein permukaan nonfibria 69kD yang disebut pertaktin (PRN) penting untuk perlekatan terhadap sel epitel bersilia saluran pernafasan.

f. Komplikasi

a) Alat Pernafasan

Bronchitis, atelektasis yang disebabkan sumbatan mucus, emfisema, bronkiektasis dan bronkopneumonia yang disebabkan infeksi sekunder, misalnya karena streptokokkus hemolitik, pneumukokkus, stafilokokkus, dll.

b) Saluran Pencernaan

Muntah-muntah yang berat dapat menimbulkan emasiasi, prolaps rectum atau hernia, ulkus pada ujung lidah dan stomatitis.

c) Sistem Saraf Pusat

Kejang dapat timbul karena gangguan keseimbangan elektrolit akibat muntah-muntah. Kejang berat bisa terjadi karena penyebab anoksia.

Kadang-kadang terdapat kongesti dan edema otak, serta dapat pula terjadi perdarahan otak.

g. Pencegahan

Pencegahan yang dilakukan secara aktif dan secara pasif:

a) Secara aktif

(a) Dengan pemberian imunisasi DPT dasar diberikan 3 kali sejak umur 2 bulan (DPT tidak boleh diberikan sebelum umur 6 minggu) dengan jarak 4-8 minggu. DPT-1 diberikan pada umur 2 bulan, DPT-2 pada umur 4 bulan dan DPT-3 pada umur 6 bulan. Ulangan DPT selanjutnya diberikan 1 tahun setelah DPT-3 yaitu pada umur 18-24 bulan, DPT-5 pada saat masuk sekolah umur 5 tahun. Pada umur 5 tahun harus diberikan penguat ulangan DPT. Untuk meningkatkan cakupan imunisasi ulangan, vaksinasi DPT diberikan pada awal sekolah dasar dalam program bulan imunisasi anak sekolah (BIAS).

Beberapa penelitian menyatakan bahwa vaksinasi pertusis sudah dapat diberikan pada umur 1 bulan dengan hasil yang baik sedangkan waktu epidemi dapat diberikan lebih awal lagi pada umur 2-4 minggu. Kontra indikasi pemberian vaksin pertusis :

1. Panas yang lebih dari 38 derajat celsius
2. Riwayat kejang

3. Reaksi berlebihan setelah imunisasi DPT sebelumnya, misalnya suhu tinggi dengan kejang, penurunan kesadaran, syok atau reaksi anafilaktik lainnya.

(b) Perawat sebagai edukator

Melakukan penyuluhan kepada masyarakat khususnya kepada orang tua yang mempunyai bayi tentang bahaya pertusis dan manfaat imunisasi bagi bayi.

b) Secara pasif

Secara pasif pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan kemopropilaksis. Ternyata eritromisin dapat mencegah terjadinya pertusis untuk sementara waktu.

C. TETANUS

a. Definisi

Tetanus adalah salah satu penyakit yang paling beresiko menyebabkan kematian bayi baru lahir. Tetanus yang menyerang bayi usia di bawah satu bulan, dikenal dengan istilah tetanus neonatorum yang disebabkan oleh bakteri *Clostridium tetani*. Penyakit menyebabkan resiko kematian sangat tinggi. Bisa dikatakan, 100% bayi yang lahir terkena tetanus akan mengalami kematian.

Pada tahun 2007, Filipina dan Indonesia mencatatkan jumlah kasus tetanus neonatorum tertinggi di antara 8 negara ASEAN, dengan 175 kasus terjadi di Indonesia dan 121 kasus terjadi di Filipina. Jika dibandingkan dengan jumlah penduduk, angka tertinggi kasus tetanus neonatorum terjadi di Kamboja. Indonesia menduduki urutan ke-5. Jumlah kasus tetanus neonatorum di Indonesia

pada tahun 2007 sebanyak 175 kasus dengan angka kematian (*case fatality rate* (CFR) 56% (29).

b. Epidemiologi

Triad Epidemiologi Tetanus tersebar di seluruh dunia, terutama pada daerah resiko tinggi dengan cakupan imunisasi DPT (Diphtheria, Pertussis and Tetanus) yang rendah. *Reservoir* utama kuman ini adalah tanah yang mengandung kotoran ternak sehingga resiko penyakit ini di daerah peternakan sangat tinggi. Spora kuman *Clostridium tetani* yang tahan kering dapat bertebaran di mana-mana. *Port of entry* tak selalu dapat diketahui dengan pasti, namun dapat diduga melalui : 1. Luka tusuk, gigitan binatang, luka bakar 2. Luka operasi yang tidak dirawat dan dibersihkan dengan baik 3. OMP, caries gigi 4. Pemotongan tali pusat yang tidak steril, 5. Penjahitan luka robek yang tidak steril 6. Luka bekas suntikan narkoba.

Tetanus disebabkan oleh infeksi bakteri *Clostridium tetani*. *Clostridium tetani* merupakan bakteri berbentuk batang lurus, langsing, berukuran panjang 2-5 mikron dan lebar 0,4-0,5 mikron. Bakteri ini membentuk eksotoksin yang disebut tetanospasmin. Kuman ini terdapat di tanah terutama tanah yang tercemar tinja manusia dan binatang, seperti kotoran kuda, domba, sapi, anjing, kucing, tikus, dan babi. *Clostridium tetani* termasuk bakteri gram positif, anaerobic (tidak dapat bertahan hidup dalam kehadiran oksigen), berspora, dan mengeluarkan eksotoksin. *Costridium tetani* menghasilkan 2 eksotosin yaitu tetanospamin dan tetanolisin. Tetanospamin-lah yang dapat menyebabkan penyakit tetanus, sedangkan untuk tetanolisin belum diketahui dengan jelas fungsinya. Perkiraan

dosis mematikan minimal dari kadar toksin (tenospamin) adalah 2,5 nanogram per kilogram berat badan atau 175 nanogram untuk 70 kilogram (154lb) manusia.

Host penyakit tetanus adalah manusia dan hewan, khususnya hewan vertebrata, seperti kucing, anjing dan kambing. Environment Tetanus merupakan penyakit infeksi yang insiden dan angka kematiannya masih tinggi. Tetanus terjadi di seluruh dunia, terutama di daerah tropis, daerah dengan cakupan imunisasi DPT (Diphtheria, Pertussis and Tetanus) yang rendah dan di daerah peternakan. Tetanus merupakan infeksi berbahaya yang bisa mengakibatkan kematian yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Clostridium tetani*. Bakteri ini ditemukan di tanah dan feses manusia dan binatang. Karena itulah, daerah peternakan merupakan daerah yang rentan untuk terjadinya kasus tetanus. Pada tahun 2001, diperkirakan 282.000 orang di seluruh dunia meninggal karena tetanus, yang terbesar terjadi di Asia, Afrika, dan Amerika Selatan, yang merupakan daerah tropis.

c. Penularan

Transmisi Tetanus tidak ditularkan dari orang ke orang. Luka, baik besar ataupun kecil, menjadi jalan masuknya bakteri penyebab tetanus (*Clostridium tetani*), sekaligus menjadi tempat berkembang dan menghasilkan racun. Tetanus dapat mengikuti operasi elektif, luka bakar, luka tusuk yang dalam, luka menghancurkan, otitis media, infeksi gigi, gigitan hewan, aborsi, dan kehamilan (30).

Pengguna heroin, terutama mereka yang menggunakan jarum suntik secara subkutan dengan kina dan heroin, berisiko tinggi terkena tetanus. Kina digunakan

untuk mencairkan heroin dan benar-benar dapat mendukung pertumbuhan bakteri *Clostridium tetani*. Selama 1998-2000, cedera akut atau luka seperti tusukan, laserasi, dan lecet menyumbang 73% dari kasus dilaporkan tetanus pada rakyat AS yang bekerja di bidang yang mempunyai risiko untuk tertusuk, luka, dan lecet.

Masa inkubasi dan klinis Masa inkubasi berkisar dari 2 hari sampai sebulan, dengan sebagian besar (rata-rata) kasus terjadi dalam 14 hari. Pada neonatus, masa inkubasi biasanya 5-14 hari. Secara umum, periode inkubasi pendek berhubungan dengan terkontaminasi luka, penyakit lebih parah, dan prognosis yang buruk. (7) Masa inkubasi berkisar antara 3 sampai 21 hari, biasanya sekitar 8 hari. Semakin pendek masa inkubasi, semakin tinggi peluang kematian, biasanya kurang dari 72 jam. Dalam gejala tetanus neonatorum, biasanya muncul 4-14 hari setelah kelahiran, rata-rata sekitar 7 hari.

d. Gejala Klinis

Karakteristik/gejala klinis tetanus:

- (a) Kejang bertambah berat selama 3 hari pertama, dan menetap selama 5 -7 hari.
- (b) Setelah 10 hari kejang mulai berkurang frekwensinya. Setelah 2 minggu kejang mulai hilang.
- (c) Biasanya didahului dengan ketegangan otot terutama pada rahang dari leher. Kemudian timbul kesukaran membuka mulut (trismus, lockjaw) karena spasme otot masetter.
- (d) Kejang otot berlanjut ke kaku kuduk (*opistotonus, nuchal rigidity*)
- (e) Risus sardonius karena spasme otot muka dengan gambaran alis tertarik keatas, sudut mulut tertarik keluar dan ke bawah, bibir tertekan kuat.

Gambaran Umum yang khas berupa badan kaku dengan opistotonus, tungkai dengan a). Eksistensi, lengan kaku dengan mengempal, biasanya kesadaran tetap baik, b) Karena kontraksi otot yang sangat kuat, dapat terjadi asfiksia dan sianosis, retensi urin, bahkan dapat terjadi fraktur collumna vertebralis (pada anak).

Tetanus tidak bisa segera terdeteksi karena masa inkubasi penyakit ini berlangsung hingga 21 hari setelah masuknya kuman tetanus ke dalam tubuh. Pada masa inkubasi inilah baru timbul gejala awalnya. Gejala penyakit tetanus bisa dibagi dalam tiga tahap, yaitu:

- a) Tahap pertama; rasa nyeri punggung dan perasaan tidak nyaman di seluruh tubuh merupakan gejala awal penyakit ini. Satu hari kemudian baru terjadi kekakuan otot. Beberapa penderita juga mengalami kesulitan menelan. Gangguan terus dialami penderita selama infeksi tetanus masih berlangsung.
- b) Tahap kedua; gejala awal berlanjut dengan kejang yang disertai nyeri otot pengunyah (Trismus). Gejala tahap kedua ini disertai sedikit rasa kaku di rahang, yang meningkat sampai gigi mengatup dengan ketat, dan mulut tidak bisa dibuka sama sekali. Kekakuan ini bisa menjalar ke otot-otot wajah, sehingga wajah penderita akan terlihat menyeringai (Risus Sardonius), karena tarikan dari otot-otot di sudut mulut. Selain itu, otot-otot perut pun menjadi kaku tanpa disertai rasa nyeri. Kekakuan tersebut akan semakin meningkat hingga kepala penderita akan tertarik ke belakang (Opisthotonus). Keadaan ini dapat terjadi 48 jam setelah mengalami luka. Pada tahap ini, gejala lain yang sering timbul yaitu penderita menjadi lambat dan sulit

bergerak, termasuk bernafas dan menelan makanan. Penderita mengalami tekanan di daerah dada, suara berubah karena berbicara melalui mulut atau gigi yang terkatu berat, dan gerakan dari langit-langit mulut menjadi terbatas.

- c) Tahap ketiga; daya rangsang dari sel-sel saraf otot semakin meningkat, maka terjadilah kejang refleks. Biasanya hal ini terjadi beberapa jam setelah adanya kekakuan otot. Kejang otot ini bisa terjadi spontan tanpa rangsangan dari luar, bisa juga karena adanya rangsangan dari luar, misalnya cahaya, sentuhan, bunyi-bunyian dan sebagainya. Pada awalnya, kejang ini hanya berlangsung singkat, tapi semakin lama akan berlangsung lebih lama dan dengan frekuensi yang lebih sering. Selain dapat menyebabkan radang otot jantung (myocarditis), tetanus dapat menyebabkan sulit buang air kecil dan sembelit. Pelukaan lidah, bahkan patah tulang belakang dapat terjadi akibat adanya kejang otot hebat. Pernafasan juga dapat terhenti karena kejang otot, sehingga beresiko menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan karena sumbatan saluran nafas, akibat kolapsnya saluran nafas, sehingga refleks batuk tidak memadai, dan penderita tidak dapat menelan.

Ada tiga bentuk tetanus yang dikenal secara klinis, yakni : 1. *Localised tetanus* (Tetanus Lokal) 2. *Cephalic Tetanus* 3. *Generalized tetanus* (Tetanus umum)

a) Tetanus Lokal (*Localised Tetanus*)

Pada lokal tetanus dijumpai adanya kontraksi otot yang persisten, pada daerah tempat dimana luka terjadi (agonis, antagonis, dan fixator). Hal inilah merupakan tanda dari tetanus lokal. Kontraksi otot tersebut biasanya ringan, bisa

bertahan dalam beberapa bulan tanpa progressif dan biasanya menghilang secara bertahap. Lokal tetanus ini bisa berlanjut menjadi generalized tetanus, tetapi dalam bentuk yang ringan dan jarang menimbulkan kematian. Bisajuga lokal tetanus ini dijumpai sebagai prodromal dari klasik tetanus atau dijumpai secara terpisah. Hal ini terutama dijumpai sesudah pemberian profilaksis antitoksin. Hanya sekitar 1% dari kasus yang fatal.

b) Cephalic Tetanus

Cephalic tetanus adalah bentuk yang jarang dari tetanus. Masa inkubasi berkisar 1-2 hari, yang berasal dari otitis media (infeksi telinga) kronik, seperti dilaporkan di India, luka pada daerah muka dan kepala. Terisolasi atau dikombinasikan disfungsi dari salah satu saraf kranial dapat terjadi, tetapi keterlibatan dari saraf kranial ketujuh adalah yang paling umum.

c) Tetanus Umum (Generalized Tetanus)

Bentuk ini yang paling banyak dikenal (80%). Trismus atau kejang mulut merupakan gejala utama yang sering dijumpai (50%), yang disebabkan oleh kekakuan otot-otot masseter, bersamaan dengan kekakuan otot leher yang menyebabkan terjadinya kaku kuduk dan kesulitan menelan. Gejala lain berupa Risus Sardonius (Sardonic grin) yakni spasme otot-otot muka, opisthotonus (kekakuan otot punggung), kejang dinding perut. Spasme dari laring dan otot-otot pernafasan bisa menimbulkan sumbatan saluran nafas, sianose asfiksia. Bisa terjadi disuria dan retensi urine, kompresi fraktur dan pendarahan di dalam otot. Kenaikan temperatur biasanya hanya sedikit, tetapi bisa mencapai 2-40C.

Bila dijumpai hipertermi ataupun hipotermi, tekanan darah tidak stabil dan dijumpai takhikardia, penderita biasanya meninggal. Diagnosa ditegakkan hanya berdasarkan gejala klinis. Udara dingin, kebisingan, lampu (cahaya) serta gerakan pasien dapat memicu kejang paroksismal. Kejang dapat terjadi sering dan berlangsung selama beberapa menit. Kejang dapat terus berlanjut selama 3-4 minggu. Kadang-kadang, pasien dengan tetanus umum menampilkan manifestasi otonom yang menyulitkan perawatan pasien dan dapat mengancam nyawa pasien. *Overactivity* sistem saraf simpatik lebih sering ditemui pada pasien usia lanjut atau pecandu narkoba dengan tetanus.

e. Pencegahan

Masa laten dan periode infeksi Tetanus tidak menular dari orang ke orang. Tetanus dicegah dengan vaksin penyakit yang menular, DPT (difteri, tetanus, and pertusis), tapi tidak menular. Luka, baik besar maupun kecil, adalah jalan bakteri *Clostridium tetani* masuk ke dalam tubuh. Tetanus dapat disebabkan oleh luka bakar, luka tusuk yang dalam, otitis media, infeksi gigi, gigitan hewan, aborsi, dan persalinan yang tidak steril. Tetanus tidak mempunyai periode infeksius karena tetanus tidak menular dari orang ke orang. Tetanus merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin, tapi tidak menular (30).

Seorang penderita yang terkena tetanus tidak imun terhadap serangan ulangan artinya dia mempunyai kesempatan yang sama untuk mendapat tetanus bila terjadi luka sama seperti orang lainnya yang tidak pernah di imunisasi. Tidak terbentuknya kekebalan pada penderita setelah ia sembuh dikarenakan toksin yang masuk ke dalam tubuh tidak sanggup untuk merangsang pembentukan antitoksin

(karena tetanospamin sangat poten dan toksisitasnya bisa sangat cepat, walaupun dalam konsentrasi yang minimal, yang mana hal ini tidak dalam konsentrasi yang adekuat untuk merangsang pembentukan kekebalan).

Vaksinasi adalah cara pencegahan terbaik terhadap tetanus. Komite Penasehat untuk Praktik Imunisasi (ACIP) merekomendasikan bahwa semua anak menerima serangkaian rutin dari 5 dosis difteri dan vaksin tetanus pada usia 2, 4, 6, 15-18 bulan, dan 4-6 tahun. Dosis booster difteri dan tetanus toxoid harus diberikan dimulai pada usia 11-12 tahun (minimal 5 tahun sejak dosis terakhir) dan diulangi setiap 10 tahun sesudahnya. Saat ini, DTaP dan DT harus digunakan pada orang kurang dari tujuh tahun, sedangkan Td diberikan kepada mereka yang berusia tujuh tahun atau lebih. Jadwal catch-up imunisasi Td bagi mereka dimulai pada usia tujuh tahun atau lebih terdiri dari tiga dosis. Dosis kedua biasanya diberikan 1-2 bulan setelah dosis pertama, dan dosis ketiga diberikan 6 bulan setelah dosis kedua. Aselular formulasi vaksin pertusis bagi remaja dan orang dewasa yang berlisensi dan dikombinasikan dengan difteri dan tetanus-toxoid. Jadwal yang disarankan untuk Tdap belum ditentukan, tetapi vaksin ini harus diterima dalam kondisi yang tepat.

D. HEPATITIS B

a. Definisi

Hepatitis adalah infeksi yang terjadi pada hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis B (VHB). Penyakit ini bisa menjadi akut atau kronis dan dapat pula menyebabkan radang hati, gagal hati, serosis hati, kanker hati, dan kematian (31).

Virus Hepatitis B berdasarkan struktur fisiknya merupakan virus DNA terkecil yang menginfeksi manusia. Virus Hepatitis B pertama kali ditemukan oleh Blumberg dan kawan-kawan pada tahun 1965 pada saat mereka melakukan penelitian untuk mencari antibodi yang timbul terhadap lipoprotein. Pada penelitian tersebut ia mengemukakan suatu antibodi dari seorang penderita hemophilia yang sering mendapatkan transfusi darah. Dimana antibodi ini dapat dipergunakan untuk mendeteksi suatu antigen dalam darah seorang aborigin Australia yang dikenal dengan antigen Australia (Au-Ag). Antigen Australia lebih dikenal dengan nama antigen permukaan virus hepatitis B atau HbsAg (32).

Diseluruh dunia, virus Hepatitis B merupakan penyebab utama penyakit karena menyebabkan penyakit hati kronik dan hepatoma. Virus Hepatitis B utuh adalah suatu virus DNA yang berlapis ganda dengan diameter 42 nm (1 nm = 0,000000001 meter) dan berbentuk bulat. Selubung terluar tersusun oleh protein yang dinamakan *hepatitis B surface antigen* (HbsAg), sedangkan selubung dalam yang disebut nukleoplaksid atau core (inti) tersusun oleh suatu protein *hepatitis core antigen* (HbcAg) (33).

Selain virus Hepatitis B, ada beberapa virus lain yang dapat mengakibatkan terjadinya hepatitis seperti virus Hepatitis A, virus Hepatitis C, virus Hepatitis D, virus Hepatitis E, virus Hepatitis G dan virus Hepatitis TT. Dari tujuh jenis penyebab hepatitis tersebut yang paling banyak menimbulkan masalah kesehatan adalah virus Hepatitis B dan virus Hepatitis C, ini disebabkan karena kedua virus tersebut mampu bertahan dan menetap di dalam tubuh, bersifat kronis serta dalam perkembangannya selanjutnya berpotensi merusak hati secara perlahan yang

pada akhirnya merusak organ hati, ukurannya menjadi kecil, menjadi keras (sirosis hati) atau berakhir dengan kanker hati.

b. Epidemiologi Penyakit Hepatitis B

Hepatitis virus adalah suatu infeksi sistemik yang terutama mempengaruhi hati. Lima kategori telah diketahui : virus Hepatitis (HAV), virus Hepatitis B (HBV), virus Hepatitis C (HCV), agen delta yang berhubungan dengan HBV atau virus Hepatitis D (HDV) dan virus Hepatitis E (HEV) (34).

Dari beberapa penyebab Hepatitis yang disebabkan oleh virus Hepatitis B menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia karena manifestasinya sebagai Hepatitis akut dengan segala komplikasinya serta risiko menjadi kronik. Penyakit Hepatitis B sangat berbahaya karena penderita Hepatitis B dapat berbentuk *carrier chronic* yang merupakan sumber penularan bagi lingkungan dan dapat berkembang menjadi penyakit hati kronik seperti *Chronic Active Hepatitis* (CAH), sirosis dan *Hepatoselular Carcinoma* (34).

Pada tahun 1993 dilakukan penelitian pada pendonor darah dengan bantuan palang merah Indonesia (PMI) dan dengan metode *Elisa* oleh *NAMRU-2* (*Naval American Research Unit 2*). Prevalensi HbsAg bervariasi 2,5% sampai dengan 36,17%, dengan prevalensi yang sangat tinggi yaitu lebih dari 10% dilaporkan di beberapa tempat di luar pulau Jawa, yaitu Ujung Pandang, Manado, Kupang dan Mataram (Sulaiman, 1995). Penelitian pada pendonor darah PMI cabang kota Yogyakarta Tahun 2005, diperoleh prevalensi HbsAg adalah 2,2% (35).

c. Patofisiologi Penyakit Hepatitis B

Virus Hepatitis B adalah suatu virus DNA dengan struktur genom yang sangat kompleks (Isselbacher, 2000). Virus Hepatitis B berupa virus DNA sirkuler berantai ganda, termasuk *family Hepadnaviradae*, yang mempunyai tiga jenis antigen. Ketiga jenis antigen tersebut yaitu *Antigen Surface Hepatitis (HbsAg)* yang terdapat mantel (*envelope virus*), *antigen "cor" Hepatitis B (HbcAg)* dan *antigen "e" Hepatitis B (HbeAg)* yang terdapat pada *nucleocapsid virus*. Ketiga jenis antigen ini dapat merangsang timbulnya antibodi spesifik masing – masing yang disebut anti HBs, anti HBc dan anti HBe.

Bagian virus Hepatitis B terdiri dari selubung luar HbsAg, inti pusatnya (HbcAg), pembawa sifat (DNA), dan enzim pelipat ganda DNA (DNA polimerase) dan serpihan virus (HbeAg). HbsAg terdiri dari 4 sub tipe penting yang mempunyai subdeterminan yang sama yaitu a dan 4 sub determinan yang berlainan, yaitu d, y, w dan r.

Semua partikel virus Hepatitis B bersifat imonogenik dan mampu merangsang pembentukan antibodi. Bila seseorang terinfeksi virus Hepatitis B, maka tubuh penderita terdapat antigen yang berasal dari partikel virus dan antibodi humoral yang dibentuk untuk melawan antigen tersebut.

HbsAg telah diidentifikasi dalam darah dan produk darah, saliva, cairan serebrospinal, peritoneal, pleural, cairan sinovial, cairan amnion, semen, sekresi vagina, dan cairan tubuh lainnya. Penularan melalui perkutaneus meliputi *intra vena, intra muscular, subcutan* atau *intra dermal*. (3) Penularan non perkutaneus melalui ingesti oral telah dicatat sebagai jalur pemajanan potensial tetapi

efisiensinya cukup rendah. Di lain pihak dua jalur penularan non perkutaneus yang dianggap memiliki dampak terbesar adalah hubungan seksual dan perinatal.

Penularan perinatal terutama ditemukan pada bayi yang dilahirkan *carrier* HbsAg atau ibu yang menderita Hepatitis B selama kehamilan trimester ketiga atau selama periode awal pasca partus. Meskipun kira-kira 10% dari infeksi dapat diperoleh *in utero*, bukti epidemiologik memberi kesan bahwa hampir semua infeksi timbul kira-kira pada saat persalinan dan tidak berhubungan dengan proses menyusui. Pada hampir semua kasus, infeksi akut pada neonatus secara klinis asimtomatik, tetapi anak itu kemungkinan menjadi seorang *carrier* HbsAg (34).

Penyebaran perinatal merupakan masalah yang besar di Negara-negara di mana terdapat prevalensi infeksi virus Hepatitis B yang tinggi dengan prevalensi HbsAg yang tinggi. Hampir semua bayi yang dilahirkan dari ibu HbsAg positif akan terkena infeksi pada bulan kedua dan ketiga dari kehidupannya. Peranan adanya HbsAg pada ibu sangat dominan untuk penularan. Sebaiknya walaupun ibu mengandung HbsAg positif namun bila HbsAg dalam darah negatif maka daya tularnya menjadi rendah (33).

Masa masuknya virus kedalam tubuh sampai timbulnya gejala (masa inkubasi) bervariasi mulai dari 45-180 hari dan rata-rata 60-90 hari. Kemungkinan Hepatitis B menjadi kronik, bervariasi tergantung usia terinfeksi virus Hepatitis B. Infeksi pada saat kelahiran umumnya tanpa manifestasi klinik tapi 90% kemungkinan kasus menjadi kronik, di lain pihak apabila infeksi Hepatitis B terjadi pada usia dewasa muda maka akan timbul manifestasi klinik risiko berkembang menjadi kronik hanya 1% (34).

Kurang dari 10% infeksi Hepatitis virus akut pada anak-anak dan 30% - 50% pada orang dewasa terdeteksi secara klinis. Penderita umumnya mengalami gejala klinis nafsu makan menurun, nyeri perut, mual, muntah dan kadang-kadang disertai nyeri sendi dan *rash* dan sering berlanjut ke *jaundice* .

d. Penularan Virus Hepatitis B

Dikenal dua cara penularan (transisi) virus hepatitis B yaitu:

- 1) Penularan vertikal (perinatal) yang disebut juga maternal neonatal, merupakan cara penularan yang unik. Penularan infeksi virus Hepatitis B dapat terjadi dalam uterus (in utero), dalam proses persalinan dan pasca persalinan. Bayi baru lahir dari ibu yang terinfeksi dapat memperoleh infeksi saat lahir. Untuk ibu VHB_eAg-positif, risiko penularannya sebesar 90% dan bila VHB_eAg-negatif, maka risikonya 15%. Dilaporkan bahwa dari 66 ibu hamil yang terinfeksi virus Hepatitis B, maka dapat menular kepada 22 bayi (45,9%) secara vertikal.
- 2) Penularan secara horizontal terjadi bila bahan yang mengandung partikel virus HbsAg Hepatitis B masuk ke dalam tubuh menembus kulit dan selaput lendir. Tindakan penyuntikan atau tusukan jarum yang tidak steril dapat menyebabkan penularan melalui kulit. Selain itu, penggunaan jarum suntik lebih dari sekali mempunyai risiko terkena Hepatitis B sebesar 7,11 kali dibandingkan dengan pemakaian jarum suntik sekali pakai (33). Penularan melalui selaput lendir dapat terjadi melalui mulut (peroral) dan melalui selaput lendir alat genital (seksual). Penularan yang mengandung HbsAg

positif yang bersifat infeksius. Pria yang melakukan hubungan seks dengan pria memiliki angka karier lebih tinggi (5-20%).

e. Pencegahan Hepatitis B

Ada dua bentuk perlindungan yang tersedia, yaitu: imunisasi pasif dengan hiperimmunoglobulin terhadap hepatitis B dan imunisasi aktif dengan vaksin.

Vaksin diindikasikan untuk bayi baru lahir yang ibunya memiliki antigen permukaan virus Hepatitis B positif. Jadwal vaksinasi standar adalah bulan 0, 1, 6: *booster* diberikan pada orang yang tidak membentuk antibody permukaan virus Hepatitis B (HBVsAb) pada 6-8 minggu setelah melengkapi paket vaksinasi.

Hiperimmunoglobulin diindikasikan untuk bayi baru lahir dari ibu yang merupakan karier antigen permukaan Hepatitis B yang juga antigen e virus Hepatitis B positif atau antibody e Hepatitis B negatif. Imunisasi rutin pada kelompok berisiko juga penting. Kelompok ini termasuk semua pekerja kesehatan, penghuni dan pekerja pada institusi untuk orang cacat mental serta anggota keluarga dari karier antigen e virus Hepatitis B positif. Tidak memperbolehkan orang-orang berisiko tinggi menjadi donor darah. Skrining donor darah untuk antigen permukaan virus Hepatitis B.

2.3. Landasan Teori

2.3.1. Faktor yang Mempengaruhi Drop Out Imunisasi DPT/ HB-HiB

Menurut Ramli, yang menjadi masalah dalam program pengembangan imunisasi adalah drop out dari hasil cakupan imunisasi DPT 3 terhadap hasil cakupan imunisasi DPT 1 masih tinggi. Imunisasi DPT dapat dikatakan berhasil bila bayi/anak telah memperoleh vaksinasi DPT yang ketigakalinya, sebagai

imunisasi dasar. Bayi/anak yang telah mendapatkan imunisasi DPT sampai ketiga kalinya ini, yang dimaksudkan sebagai pencapaian target dalam imunisasi DPT. Tingginya kejadian drop out ini, berarti akan mengurangi efektivitas imunisasi ini dalam menimbulkan kekebalan dan melindungi bayi/anak dari penyakit-penyakit difteri, pertusis dan tetanus. Keadaan seperti ini dengan sendirinya akan mengurangi keberhasilan program imunisasi secara keseluruhan. Berdasarkan pertimbangan tersebut di atas, timbul pertanyaan faktor-faktor apakah sebenarnya yang mempengaruhi terjadinya drop out hasil cakupan imunisasi DPT 3

Merujuk pada Teori Green menurut Notoatmodjo (2012), bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi adalah sebagai berikut :

2.3.2. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi terdiri dari:

a. Pendidikan

Faktor pendidikan seseorang sangat menentukan dalam pola pengambilan keputusan dan menerima informasi dari pada seseorang yang berpendidikan rendah. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan pengetahuan dan persepsi seseorang terhadap pentingnya suatu hal.

b. Kondisi ekonomi

Kemiskinan menjadikan masyarakat relatif tidak memiliki akses dan bersifat pasif dalam berpartisipasi untuk meningkatkan kualitas diri dan keluarganya. Pada gilirannya, kemiskinan akan semakin memperburuk keadaan sosial ekonomi keluarga miskin tersebut. Demikian pula, tingkat partisipasi

masyarakat terhadap pembinaan ketahanan keluarga, terutama pembinaan tumbuh-kembang anak, masih lemah. Hal di atas akan menghambat pembentukan keluarga kecil yang berkualitas.

c. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Pengetahuan merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Tindakan seseorang yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada tindakan yang tidak didasari oleh pengetahuan.

WHO dalam Notoatmodjo (2012), yang menyebabkan seseorang berperilaku karena adanya 4 alasan pokok yaitu pemikiran dan perasaan, acuan atau referensi dari seseorang, sumber daya dan sosio budaya. Bentuk dari pemikiran dan perasaan salah satunya adalah pengetahuan. Seseorang akan berperilaku didasarkan beberapa pertimbangan yang diperoleh dari tingkat pengetahuannya.

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif menurut Taksonomi Bloom yang telah direvisi Anderson dan Krathwohl, mempunyai enam tingkatan yakni mengingat (*remember*), memahami/ mengerti (*understand*), menerapkan (*analyze*), mengevaluasi (*evaluate*) dan menciptakan (*create*):

a) Mengingat (*remember*)

Mengingat merupakan usaha mendapatkan kembali pengetahuan dari memori atau ingatan yang telah lampau, baik yang baru saja didapatkan maupun yang sudah lama didapatkan. Mengingat merupakan dimensi yang

berperan penting dalam proses pembelajaran yang bermakna (*meaningful learning*) dan pemecahan masalah (*problem solving*). Kemampuan ini dimanfaatkan untuk menyelesaikan berbagai permasalahan yang jauh lebih kompleks. Mengingat meliputi mengenali (*recognition*) dan memanggil kembali (*recalling*). Mengenali berkaitan dengan mengetahui pengetahuan masa lampau yang berkaitan dengan hal-hal yang konkret, misalnya tanggal lahir, alamat rumah, dan usia, sedangkan memanggil kembali (*recalling*) adalah proses kognitif yang membutuhkan pengetahuan masa lampau secara cepat dan tepat.

b) Memahami/ mengerti (*understand*)

Memahami/mengerti berkaitan dengan membangun sebuah pengertian dari berbagai sumber seperti pesan, bacaan dan komunikasi. Memahami/ mengerti berkaitan dengan aktivitas mengklasifikasikan (*classification*) dan membandingkan (*comparing*). Mengklasifikasikan akan muncul ketika seorang siswa berusaha mengenali pengetahuan yang merupakan anggota dari kategori pengetahuan tertentu.

Mengklasifikasikan berawal dari suatu contoh atau informasi yang spesifik kemudian ditemukan konsep dan prinsip umumnya. Membandingkan merujuk pada identifikasi persamaan dan perbedaan dari dua atau lebih obyek, kejadian, ide, permasalahan, atau situasi. Membandingkan berkaitan dengan proses kognitif menemukan satu persatu ciri-ciri dari obyek yang diperbandingkan.

c) Menerapkan (*Apply*)

Menerapkan menunjuk pada proses kognitif memanfaatkan atau mempergunakan suatu prosedur untuk melaksanakan percobaan atau menyelesaikan permasalahan. Menerapkan berkaitan dengan dimensi pengetahuan prosedural (*procedural knowledge*). Menerapkan meliputi kegiatan menjalankan prosedur (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*).

Menerapkan merupakan proses yang kontinu, dimulai dari siswa menyelesaikan suatu permasalahan menggunakan prosedur baku/standar yang sudah diketahui. Kegiatan ini berjalan teratur sehingga siswa benar-benar mampu melaksanakan prosedur ini dengan mudah, kemudian berlanjut pada munculnya permasalahan-permasalahan baru yang asing bagi siswa, sehingga siswa dituntut untuk mengenal dengan baik permasalahan tersebut dan memilih prosedur yang tepat untuk menyelesaikan permasalahan.

d) Menganalisis (*Analyze*)

Menganalisis merupakan memecahkan suatu permasalahan dengan memisahkan tiap-tiap bagian dari permasalahan dan mencari keterkaitan dari tiap-tiap bagian tersebut dan mencari tahu bagaimana keterkaitan tersebut dapat menimbulkan permasalahan.

e) Mengevaluasi (*Evaluate*)

Evaluasi berkaitan dengan proses kognitif memberikan penilaian berdasarkan kriteria dan standar yang sudah ada. Kriteria yang biasanya

digunakan adalah kualitas, efektivitas, efisiensi, dan konsistensi. Evaluasi meliputi mengecek (*checking*) dan mengkritisi (*critiquing*). Mengecek mengarah pada kegiatan pengujian hal-hal yang tidak konsisten atau kegagalan dari suatu operasi atau produk. Jika dikaitkan dengan proses berpikir merencanakan dan mengimplementasikan maka mengecek akan mengarah pada penetapan sejauh mana suatu rencana berjalan dengan baik. Mengkritisi mengarah pada penilaian suatu produk atau operasi berdasarkan pada kriteria dan standar eksternal. Mengkritisi berkaitan erat dengan berpikir kritis.

f) Menciptakan (*Create*)

Menciptakan mengarah pada proses kognitif meletakkan unsur-unsur secara bersama-sama untuk membentuk kesatuan yang koheren dan mengarahkan untuk menghasilkan suatu produk baru dengan mengorganisasikan beberapa unsur menjadi bentuk atau pola yang berbeda dari sebelumnya. Perbedaan menciptakan ini dengan dimensi berpikir kognitif lainnya adalah pada dimensi yang lain seperti mengerti, menerapkan, dan menganalisis dalam bekerja dengan informasi yang sudah dikenal sebelumnya, sedangkan pada menciptakan yaitu bekerja dan menghasilkan sesuatu yang baru.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden ke dalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau ingin diukur dapat disesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut di atas.

d. Sikap

Sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan, yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya. Sikap sebagai organisasi yang bersifat menetap dari proses motivasional, emosional, perseptual dan kognitif mengenai beberapa aspek dunia individu (Notoatmodjo, 2003). Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak pada suatu objek .

Menurut Notoatmodjo, 2012, sikap terdiri atas tiga komponen pokok, yakni :

- a) Aspek kognitif (keyakinan), komponen ini berisikan apa yang diperkirakan dan apa yang diyakini orang tentang objek sikap. Aspek keyakinan yang positif akan menumbuhkan sikap negatif terhadap objek sikap.
- b) Aspek afektif (perasaan), perasaan senang atau tidak senang adalah komponen yang sangat penting dalam penentuan sikap. Beberapa ahli bahkan mengatakan bahwa sikap itu semata-mata refleksi dari perasaan senang atau tidak senang terhadap objek sikap. Tumbuhnya rasa senang atau tidak senang ini ditentukan oleh keyakinan seseorang tentang objek sikap.
- c) Aspek konatif (kecenderungan perilaku), bila orang sudah menyenangi suatu objek, maka ada kecenderungan akan mendekati objek tertentu. Sebaliknya bila orang tidak menyenangi objek itu kecenderungan untuk menjauhi objek itu semakin besar.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni .:

a) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

b) 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, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

c) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya, seorang ibu yang mengajak ibu yang lain untuk pergi menimbangkan anaknya ke Posyandu, atau mendiskusikan tentang gizi adalah suatu bukti bahwa sidik jari laten ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

d) Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Sifat sikap ada dua macam, dapat bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif: (36) .

- (a) Sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu.
 - (b) Sikap negatif, terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu
- e. Budaya

Dengan beragamnya masyarakat, maka dapat menimbulkan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan yang berbeda. Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan yang tinggi, maka akan memiliki keasadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya. Pelaku pemberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara professional dengan memperhatikan nilai-nilai hukum, etika, keyakinan, agama dan tradisi yang ada di masyarakat. Hal ini karena pengaruh nilai-nilai yang ada di masyarakat. Nilai-nilai yang diyakini oleh pasien sebagai hasil oleh pikirannya terhadap budaya dan pendidikan akan mempengaruhi pemahamannya tentang materi yang dikonselingkan.

2.3.3. Faktor Pendukung

Faktor pendukung terdiri dari :

- a. Ketersediaan Sumber Daya Kesehatan

Sumber daya kesehatan merupakan semua perangkat keras dan perangkat lunak yang diperlukan sebagai pendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Komponen sumber daya kesehatan yang dapat menunjang pencapaian derajat kesehatan yang optimal antara lain sumber daya manusia, sarana dan prasana serta

fasilitas kesehatan. Perilaku kesehatan dapat terwujud jika komponen kesehatan tersebut tersedia dalam masyarakat.

Ketersediaan sarana penunjang petugas imunisasi untuk kegiatan pelayanan imunisasi didefinisikan sebagai persepsi pelaksana imunisasi puskesmas tentang ketersediaan alat untuk imunisasi, ketersediaan transportasi, ketersediaan dana yang akan digunakan untuk pelayanan kegiatan imunisasi di dalam gedung maupun diluar gedung puskesmas (posyandu), meliputi, ketersediaan kendaraan, ketersediaan (*cold chain*) rantai dingin, ketersediaan formulir pencatatan dan pelaporan baik di dalam maupun di luar gedung, ketersediaan dana/anggaran untuk supervisi atau melaksanakan kegiatan pelayanan, ketersediaan alat untuk sterilisasi, ketersediaan bahan/vaksin.

b. Keterjangkauan Sumber Daya Kesehatan

Keterjangkauan sumber daya kesehatan berarti sumber daya yang dapat menunjang terwujudnya derajat kesehatan yang optimal dapat diakses dan dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Keterjangkauan sumber daya kesehatan sangat diperlukan dalam mewujudkan perilaku masyarakat yang lebih baik. Sebab walaupun sumber daya kesehatan tersedia, tetapi susah diakses oleh masyarakat, masyarakat akan mengalami kesulitan bahkan tidak dapat mengubah perilaku ke arah yang lebih baik.

Keterjangkauan sumber daya kesehatan seperti petugas imunisasi dan sarana kesehatan menjadi penentu perilaku ibu untuk melaksanakan imunisasi dasar lengkap pada bayi.

2.3.4. Faktor Pendorong

Faktor pendorong terdiri dari:

a. Dukungan keluarga/Suami

Dukungan merupakan informasi dari orang lain bahwa ia dicintai dan diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai, serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban bersama. Dukungan dapat juga diartikan sebagai informasi verbal dan non verbal, saran dan bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dalam hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya (37).

Keluarga memainkan peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang. Namun untuk penyakit yang serius atau penyakit yang mengancam jiwa, krisis keluarga pun bisa terjadi.

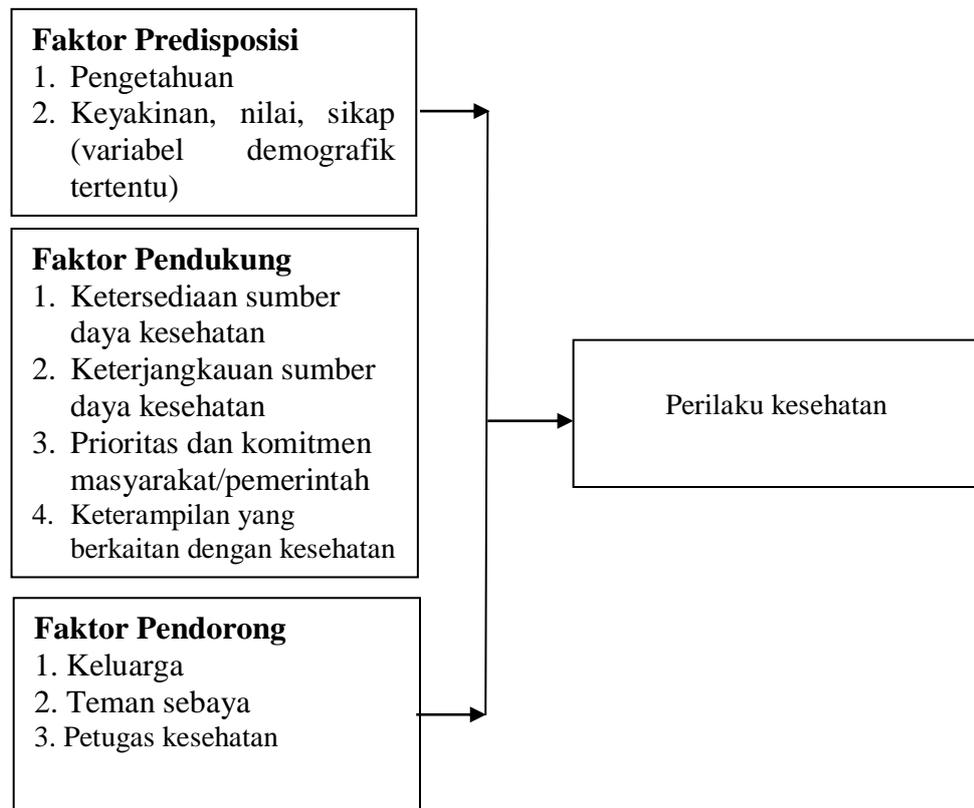
Perilaku suami dalam mendorong pemberian imunisasi pada bayi merupakan salah satu faktor dalam pencapaian cakupan imunisasi. Hal ini dikarenakan sebagian besar setiap daerah di Indonesia memiliki sosial budaya dalam hal pengambilan keputusan di rumah tangga adalah pihak suami. Sehingga anggapan salah tentang imunisasi yang berkembang dalam masyarakat membuat para suami merasa khawatir terhadap resiko dari beberapa vaksin yang diberikan

pada bayi. Adanya kepercayaan tersebut membuat para suami kurang memberikan dorongan kepada istri untuk mengimunisasi bayi mereka (10).

b. Dukungan petugas kesehatan

Petugas kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (UU RI No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan bab1, pasal 1 ayat 6).

Landasan teori yang diambil adalah teori Lawrence Green (1980), yaitu faktor predisposisi adalah pengetahuan, keyakinan, nilai, sikap (variabel demografik tertentu), faktor pendukung adalah ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat/ pemerintah, keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan, faktor pendorong adalah keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan, dapat memengaruhi perilaku kesehatan (12).

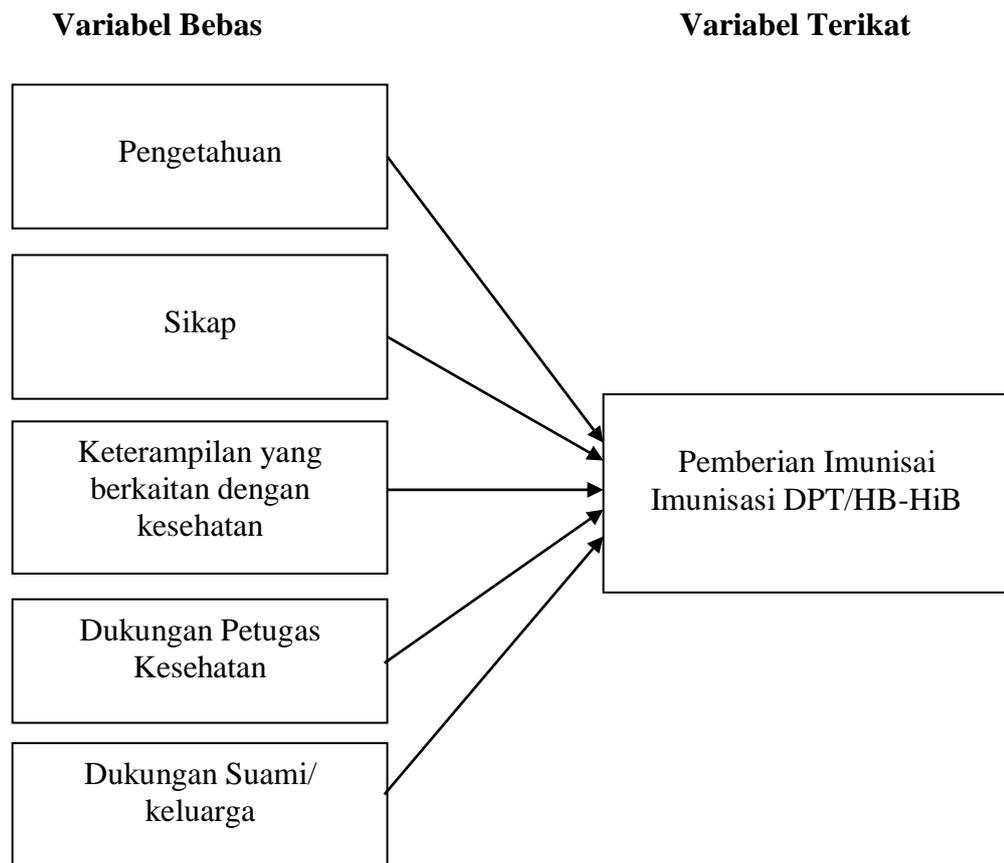


Gambar 2.1 Kerangka Teori Lawrence Green

2.4. Kerangka Konsep Penelitian

Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor predisposisi (pengetahuan dan sikap), faktor pendukung (ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan), faktor pendorong (dukungan petugas kesehatan, dukungan suami atau keluarga), sedangkan variabel dependen adalah Pemberian imunisasi DPT/HB-HiB.

Berdasarkan teori yang mendukung penelitian ini, maka digambarkan secara skematis kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

2.5. Hipotesis

- a. Ada pengaruh pengetahuan ibu terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.
- b. Ada pengaruh sikap ibu terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.

- c. Ada pengaruh keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.
- d. Ada pengaruh dukungan petugas kesehatan terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.
- e. Ada pengaruh dukungan suami/ keluarga terhadap perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur tahun 2018.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini direncanakan menggunakan kombinasi metode kuantitatif dan kualitatif (*mixed method*) dengan pendekatan triangulasi konkuren. Triangulasi konkuren adalah metode penelitian kombinasi yang menerapkan metode kuantitatif dan kualitatif secara terpisah untuk menutupi/menyeimbangkan kelemahan-kelemahan satu metode dengan kekuatan metode yang lain (atau sebaliknya kekuatan satu metode menambah kekuatan metode yang lain).

Dalam pendekatan triangulasi konkuren ini peneliti mengumpulkan data kualitatif dan kuantitatif secara konkuren (dalam satu waktu), kemudian membandingkan dua database ini untuk mengetahui apakah ada konvergensi, perbedaan-perbedaan atau beberapa kombinasi (38).

Penelitian ditujukan kepada ibu yang memiliki bayi dengan menerapkan metode kuantitatif dan kualitatif secara bersamaan dalam satu tahap penelitian dimana metode kuantitatif tersebut menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan menggunakan alat bantu kuesioner dan pedoman wawancara untuk memperoleh informasi secara mendalam dari informan.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur Kabupaten Simeulue tahun 2018.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian di mulai dari survei awal, pengajuan judul proposal, pengolahan data, konsul proposal, sidang proposal sampai dengan sidang hasil.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki bayi berumur di bawah 1 tahun yang ada di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur Kabupaten Simeulue tahun 2018 berjumlah 44 ibu.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian obyek yang diambil saat penelitian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi (39).

Teknik pengambilan sampel dilakukan berbeda untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif.

1) Sampel Penelitian Kuantitatif

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah keseluruhan dari populasi, yaitu dengan menggunakan seluruh populasi menjadi sampel (*total population*). Jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 44 orang ibu yang memiliki bayi berumur di bawah 1 tahun yang ada di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur Kabupaten Simeulue tahun 2018.

2) Sampel Penelitian Kualitatif

Penentuan sampel sebagai subyek dalam penelitian ini menggunakan teknik studi kasus, yaitu didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat

oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya.

Subyek dipilih berdasarkan kasus yang diteliti yaitu perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB di Desa Sinabang Kecamatan Simeulue Timur Kabupaten Simeulue.

Informan sebagai sumber data kualitatif yang utama disamping data-data lain yang diperoleh dari hasil studi pustaka, sehingga informan merupakan salah satu sumber data yang penting dalam penelitian ini. Penentuan sumber data pada orang yang diwawancarai dilakukan secara *purposive*, yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu. Maksud teknik pengambilan *purposive* ini adalah dengan peneliti mengambil sumber data dari beberapa orang yang dianggap mempunyai informasi yang relevan dengan fokus penelitian (40).

Peneliti menyimpulkan, bahwa informan merupakan orang yang akan memberikan informasi tentang data yang diinginkan oleh peneliti. Pemilihan sampel sebagai informan pada penelitian ini berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*). Kesesuaian adalah sampel dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan topik penelitian. Berdasarkan prinsip tersebut diatas, maka yang dipilih menjadi informan yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB sebanyak 6 orang yaitu : 4 (empat) orang ibu yang memiliki bayi berumur < 1 tahun, 1 (satu) orang bidan penanggung jawab didesa sinabang dan 1 (satu) orang Kepala Puskesmas. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan pada panduan wawancara mendalam dan hasilnya dicatat atau direkam

dengan menggunakan *recording handphone*. Analisis komponen hasil penelitian dengan pendekatan analisis isi (*content analysis*) yaitu membandingkan hasil penelitian dengan teori-teori yang ada dikepuustakaan.

3.4 Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis Data

- 1) Data primer merupakan data karakteristik responden, pengetahuan, sikap, keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan, dukungan petugas kesehatan dan dukungan suami/ keluarga.
- 2) Data sekunder meliputi deskriptif di lokasi penelitian
- 3) Data tertier adalah data riset yang dipublikasikan secara resmi seperti jurnal dan laporan penelitian.

3.4.2 Teknik Pengumpulan Data

1) Tehnik Pengumpulan Data Kuantitatif

Metode pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan pengisian kuesioner.

2) Tehnik Pengumpulan Data Kualitatif

Metode pengumpulan data dilakukan dengan mewawancarai secara mendalam kepada informan yang mewakili dengan menggunakan pedoman wawancara. Kegiatan wawancara tersebut direkam menggunakan alat perekam, selanjutnya hasil rekaman tersebut dituliskan dalam bentuk verba tim atau kata demi kata.

3.4.3 Uji Validitas dan Reliabilitas

1) Validitas

Validitas menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur itu mengukur apa yang ingin diukur. Alat pengukur dalam penelitian ini adalah kuesioner. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur yang ingin diukur (*Valid*), maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner tersebut. Apabila terdapat konsistensi antara komponen-komponen konstruk yang satu dengan yang lainnya, maka konstruk tersebut memiliki validitas. Kuesioner diberikan kepada 20 sampel di Desa Suka Jaya.

Langkah-langkah dalam melakukan uji validitas adalah: (40).

- 1) Langkah 1 yaitu mengidentifikasi secara *operasional konsep* yang akan diukur.
- 2) Langkah 2 yaitu melakukan uji coba skala pengukur tersebut pada sejumlah responden.
- 3) Langkah 3 yaitu mempersiapkan tabel tabulasi jawaban
- 4) Langkah 4 yaitu menghitung korelasi antara tiap pernyataan dengan skor total dengan menggunakan rumus teknik korelasi *product moment*. Kriteria Teknik

Korelasi *Product Moment* Yaitu:

- 1) Bila $r\text{-hitung} > r\text{-tabel}$ maka item valid.
- 2) Bila $r\text{-hitung} < r\text{-table}$ maka item tidak valid.

Berdasarkan hasil uji validitas variabel pengetahuan, sikap, keterampilan, dukungan petugas kesehatan dan dukungan suami/keluarga terlihat hasil korelasi

diketahui bahwa semua *item* mempunyai korelasi $> 0,361$ maka dapat dikatakan bahwa *item* alat ukur tersebut valid dan dapat digunakan dalam pengumpulan data penelitian, dapat dilihat pada tabel 3.1 :

Tabel 3.1. Hasil Uji Validitas Variabel Pengetahuan, Sikap, Keterampilan, Dukungan Petugas Kesehatan dan Dukungan Suami/Keluarga

No	Variabel	Corrected Item-Total Correlation	Keterangan
1	Pengetahuan		
	Item1	0.882	Valid
	Item2	0.560	Valid
	Item3	0.818	Valid
	Item4	0.725	Valid
	Item5	0.691	Valid
	Item6	0.882	Valid
	Item7	0.520	Valid
	Item8	0.683	Valid
	Item9	0.724	Valid
	Item10	0.787	Valid
	Item11	0.672	Valid
	Item12	0.670	Valid
	Item13	0.642	Valid
	Item14	0.526	Valid
	Item15	0.775	Valid
2	Sikap		Valid
	Item1	0.680	Valid
	Item2	0.926	Valid
	Item3	0.916	Valid
	Item4	0.940	Valid
	Item5	0.840	Valid
	Item6	0.700	Valid
	Item7	0.672	Valid
	Item8	0.976	Valid
	Item9	0.945	Valid
	Item10	0.897	Valid
3	Keterampilan		
	Item1	0.820	Valid
	Item2	0.749	Valid
	Item3	0.820	Valid
	Item4	0.699	Valid
	Item5	0.604	Valid

4	Dukungan Petugas Kesehatan		
	Item1	0.830	Valid
	Item2	0.849	Valid
	Item3	0.862	Valid
	Item4	0.862	Valid
	Item5	0.917	Valid
5	Dukungan Keluarga/Suami		
	Item1	0.631	Valid
	Item2	0.794	Valid
	Item3	0.750	Valid
	Item4	0.826	Valid
	Item5	0.701	Valid
	Item6	0.693	Valid
	Item7	0.826	Valid
	Item8	0.794	Valid
	Item9	0.826	Valid
	Item10	0.918	Valid

2) Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Bila suatu alat pengukur dipakai dua kali untuk mengukur gejala yang sama dan hasil pengukuran yang diperoleh relatif konsisten, maka alat pengukur tersebut reliabel. Dengan kata lain, reabilitas menunjukkan konsistensi suatu alat pengukur didalam mengukur gejala yang sama. Untuk mengetahui *reliabilitas* suatu pertanyaan yaitu dengan membandingkan nilai r-hasil (*alpha Crobanch*) dengan r-tabel = 0,600, dimana kriterianya yaitu sebanyak berikut.

- 1) Bila r-hasil > r-tabel maka pertanyaan reabel
- 2) Bila r-hasil < r table maka pertanyaan tidak reabel.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas variabel variabel pengetahuan, sikap, keterampilan, dukungan petugas kesehatan dan dukungan suami/keluarga terlihat

nilai *Cronbach's Alpha* > 0,373 maka kuesioner tersebut dikatakan reliabel, dapat dilihat pada tabel 3.2:

Tabel 3.2. Hasil Uji Reliabilitas Variabel Pengetahuan, Sikap, Keterampilan, Dukungan Petugas Kesehatan dan Dukungan Suami/Keluarga

No	Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>	Keterangan
1	Pengetahuan	0,943	Reliabel
2	Sikap	0,966	Reliabel
3	Keterampilan	0,892	Reliabel
4	Dukungan Petugas Kesehatan	0,951	Reliabel
5	Dukungan Suami/Keluarga	0,946	Reliabel

3.5 Variabel dan Definisi Operasional

3.5.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini terdiri dari variabel bebas (independen) dan variabel terikat (dependen). Adapun yang menjadi variabel bebas (independen) yaitu pengetahuan, sikap, keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan, dukungan petugas kesehatan dan dukungan suami/ keluarga yang ditandai dengan simbol x sedangkan variabel terikat (dependen) yaitu pemberian imunisasi DPT/ HB-HiB yang ditandai dengan simbol y.

3.5.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga dapat mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Definisi operasional dari variabel dalam penelitian ini adalah:

- a. Pengetahuan adalah pemahaman ibu tentang penyakit difteri, pertusis, tetanus dan hepatitis, penularan dan dampaknya serta manfaat imunisasi DPT/ HB-HiB.

- b. Sikap adalah kecenderungan ibu untuk memberikan imunisasi DPT/HB-HiB.
- c. Keterampilan yang berkaitan dengan kesehatan adalah keahlian petugas kesehatan dalam hal pemberian imunisasi DPT/HB-HiB.
- d. Dukungan petugas kesehatan adalah tindakan yang dilakukan petugas kesehatan terhadap ibu dan bayi dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB.
- e. Dukungan suami/ keluarga adalah pendapat ibu terhadap tindakan suami/ keluarga yang memotivasi ibu untuk memberikan imunisasi DPT/HB-HiB.
- f. Pemberian imunisasi DPT/HB-HiB adalah tindakan yang dilakukan ibu dalam hal memberikan imunisasi atau tidak memberikan imunisasi DPT/HB-HiB.

3.6. Pengukuran Variabel

3.6.1 Metode Pengukuran Kuantitatif

1) Pengukuran Variabel Independen

a) Pengetahuan

Pengetahuan responden diukur dari 15 pernyataan. Bila responden dapat menjawab dengan benar diberi skor 1, tetapi jika salah diberi skor 0.

Berdasarkan jumlah skor diklasifikasikan dalam 2 kategori, yaitu :

(a) Baik, jika responden memperoleh skor jawaban 8-15.

(b) Kurang, jika responden mendapat skor jawaban 1-7.

b) Sikap

Sikap responden diukur melalui 10 pertanyaan dengan menggunakan skala *Likert* dengan pembobotan nilai yaitu sangat setuju diberi skor 4, setuju diberi skor 3, tidak setuju diberi skor 2 dan sangat tidak setuju diberi skor

1, sehingga diperoleh nilai tertinggi 40 dan terendah 10. Berdasarkan nilai yang ada sehingga sikap dapat diklasifikasikan dalam 2 kategori, yaitu:

- (a) Positif, jika responden memperoleh skor jawaban 26-40.
- (b) Negatif, jika responden mendapat skor jawaban 10-25.

c) Ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan

Untuk mengetahui bagaimana ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan didapat dengan mengajukan 5 pertanyaan dalam kuesioner yang terbagi 2 kategori, yaitu:

- (a) Baik, jika responden memperoleh skor jawaban 3-5
- (b) Kurang, jika responden memperoleh jawaban skor 1-2

g) Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan petugas kesehatan diukur dari 5 pertanyaan. Bila responden dapat menjawab ya diberi skor 1, tetapi jika tidak diberi skor 0. Berdasarkan jumlah skor diklasifikasikan dalam 2 kategori, yaitu :

- (a) Positif, jika responden memperoleh skor jawaban 3-5.
- (b) Negatif, jika responden mendapat skor jawaban 1-2

h) Dukungan suami/ keluarga

Pengukuran dukungan suami/ keluarga diukur melalui 10 pertanyaan. Bila responden dapat menjawab ya diberi skor 1, tetapi jika tidak diberi skor 0. Berdasarkan jumlah skor diklasifikasikan dalam 2 kategori, yaitu :

- (a) Mendukung, jika responden memperoleh skor jawaban 6-10.
- (b) Tidak mendukung, jika responden memperoleh skor jawaban 1-5

b. Pengukuran Variabel Dependen

a) Pemberian imunisasi DPT/HB-HiB

Pemberian imunisasi DPT/HB-HiB diukur melalui checklist kuesioner dan dibedakan atas 2 kategori, yaitu:

- (a) Diberikan
- (b) Tidak Diberikan.

Uraian di atas dapat dilihat secara rinci pada tabel di bawah ini :

Tabel 3.3 Aspek Pengukuran

No.	Nama Variabel	Jumlah Soal	Cara dan alat ukur	Kategori	Value	Skala ukur
1.	Pengetahuan	15	Menghitung skor pengetahuan dengan kuesioner dan wawancara (skor max = 10)	skor 8-15 skor 1-7	Baik (2) Kurang (1)	Ordinal
2.	Sikap	10	Menghitung skor sikap dengan kuesioner dan wawancara (skor max = 40)	skor 26-40 skor 10-25	Positif (2) Negatif (1)	Ordinal
3.	Ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan	5	Menghitung skor Ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan dengan kuesioner dan wawancara (skor max = 5)	skor 3-5 skor 1-2	Baik (2) Kurang (1)	Ordinal
4.	Dukungan Petugas kesehatan	5	Menghitung skor dukungan petugas kesehatan dengan kuesioner (skor max = 5)	skor 3-5 skor 1-2	Positif (2) Negatif (1)	Ordinal
5.	Dukungan suami/ keluarga	10	Menghitung skor dukungan suami/kelurga dengan kuesioner dan wawancara (skor max = 10)	skor 6-10 skor 1-5	Mendukung (2) Tidak mendukung (1)	Ordinal

6. Pemberian imunisasi DPT/HB-HiB	1	Checklist/ KMS	Diberikan Tidak Diberikan	2 1	Nominal
-----------------------------------	---	----------------	---------------------------------	--------	---------

3.6.2 Metode Pengukuran Kualitatif

Pengukuran dilakukan dengan mewawancarai secara mendalam kepada informan dengan menggunakan pedoman wawancara kepada informan yang mewakili informan dengan menggunakan pedoman wawancara. Kegiatan wawancara mendalam tersebut direkam menggunakan alat perekam, selanjutnya hasil rekaman tersebut dituliskan dalam bentuk Verbatim.

3.7. Metode Pengolahan Data

Menurut Muhammad, data yang terkumpul diolah dengan cara komputerisasi dengan langkah sebagai berikut: .

1) *Collecting*

Mengumpulkan data yang berasal dari kuesioner, angket maupun observasi

2) *Checking*

Dilakukan dengan memeriksa kelengkapan jawaban kuesioner atau lembar observasi dengan tujuan agar data diolah secara benar sehingga pengolahan data memberikan hasil yang valid dan reliabel dan terhindar dari bias.

3) *Coding*

Pada langkah ini dilakukan pemberian kode pada variabel-variabel yang diteliti, misalnya nama responden dirubah menjadi nomor 1,2,3, ...

4) *Entering*

Data *entry*, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang masih dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam aplikasi SPSS.

5) *Data Processing*

Semua data yang telah di *input* ke dalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian (39).

3.8. Analisa Data

1) **Analisa Univariat**

Tujuan analisis ini untuk menjelaskan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel independen dan variabel dependen.

2) **Analisis Bivariat**

Tujuan analisis ini untuk menjelaskan hubungan antara variabel independen yang diduga kuat mempunyai hubungan bermakna dengan variabel dependen. Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji *chi square* pada taraf kepercayaan 95% yaitu untuk menganalisis hubungan antara variabel dependen, pengetahuan, sikap, dukungan petugas kesehatan dan dukungan suami/ keluarga terhadap variabel dependen yaitu perilaku ibu dalam pemberian imunisasi DPT/HB-HiB. Jika hasil analisis tersebut terdapat hubungan yang signifikan dengan nilai $\alpha < 0,05$, dan atau $\alpha < 0,2$ (40).

3) Analisa Multivariat

Analisa multivariat bertujuan untuk analisis lanjutan dari analisis bivariat yang dimaksudkan untuk mengidentifikasi variabel independen yang mempunyai pengaruh terhadap variabel dependen dengan ketentuan jika nilai probabilitas variabel pada analisis bivariat $\leq 0,25$, dan variabel dependen dikotomi (dua kategori). Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik dengan persamaan logitnya yaitu:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_nX_n)}}$$

Keterangan :

P = Probabilitas untuk kejadian variabel dependen

b_0, b_1, \dots, b_n = Koefisien regresi

X_1, X_2, \dots, X_n = Variabel independen

e = Konstanta

2. Metode Analisa Kualitatif

Analisis data kualitatif menurut Bogdan dan Bilken dalam Moleong (2014) merupakan upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menentukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain (41).

Pada penelitian kualitatif ini data yang diperoleh dilapangan dianalisis menggunakan model Miles dan Huberman. Pada model analisis data ini meliputi pengolahan data dengan tahapan *data reduction*, *data display*, dan *conclusion or verification*.

1) *Data reduction* (reduksi data)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, mencari tema dan pola sehingga akan memberikan gambaran jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

2) *Data display* (penyajian data)

Penyajian data akan mempermudah untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami. Dalam kualitatif, penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, dan hubungan antar kategori.

1) *Conclusion or verification* (kesimpulan atau verifikasi data)

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dan dapat berhubungan kausal atau interaktif, hipotesis atau teori. Kesimpulan awal masih bersifat sementara dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti valid dan konsisten maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel. Ketiga komponen tersebut saling interaktif yaitu saling memengaruhi dan saling terkait satu sama lain. Pertama-tama peneliti melakukan penelitian di lapangan dengan mengadakan observasi yang

disebut dengan tahap pengumpulan data. Karena data yang terkumpul banyak maka perlu dilakukan tahap reduksi data untuk merangkum, memilih hal pokok, memfokuskan pada hal yang penting, mencari tema, dan polanya. Setelah direduksi kemudian diadakan penyajian data dengan teks yang bersifat naratif. Apabila kedua tahap tersebut telah selesai dilakukan, maka diambil suatu keputusan atau verifikasi.