

13

**HUBUNGAN PERILAKU IBU MENGIMUNISASIKAN DPT
DENGAN STATUS KELENGKAPAN IMUNISASI DPT PADA BAYI
DI PUSKESMAS NAGASWIDAK**

Endah Widya Purnamasari
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang
(Naskah diterima: 1 Juni 2020, disetujui: 28 Juli 2020)

Abstract

DPT immunization coverage in Nagaswidak Health Centre Palembang is low; this can lead to risk of increasing the incidence of diphtheria, especially in infants that have not received a basic complete immunization of DPT. The purpose of this research was to analyze the relationship of mother behavior regarding DPT immunization with the status of the basic completeness of DPT immunization in infants aged 11 months in the Nagaswidak Health Centre Palembang. This was a quantitative research using analytic observational method and cross-sectional approach. The results showed that respondents with good behavior with good behaviour whose DPT immunization status of the infant was complete was 13 respondents (76%), while mothers with bad immunizing behavior whose DPT immunization status of the infants was incomplete were 12 people (66.7%). The results of chi square analysis obtained P value of 0.02 which meant that Ho was rejected in conclusion that there is a relationship between mother behavior immunizing for DPT with DPT immunization completeness status in infants aged 11 months. Results of OR was 6.5 meaning that mothers with good immunizing behavior by 6.5 had greater opportunity to carry out complete DPT immunization for their infants.

Keywords: *immunizing Behavior, complete Status of DPT Immunization.*

Abstrak

Difteri merupakan penyakit pengancam jiwa. Tingkat kematian paling tinggi akibat penyakit ini adalah pada bayi dan anak-anak. Difteri merupakan penyakit menular potensial wabah, sesuai dengan kriteria wabah maka penyakit yang sudah lama tidak ada kemudian muncul lagi maka kondisi tersebut dianggap sebagai KLB (Kejadian Luar Biasa). Status kelengkapan imunisasi pada anak dipengaruhi oleh perilaku ibu dalam mengimunisasikan anaknya, terutama pada ibu yang memiliki anak usia bayi sebab pada usia bayi seorang anak bergantung kepada ibunya tidak terkecuali dalam melakukan imunisasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara perilaku ibu mengimunisasikan DPT dengan status kelengkapan imunisasi DPT dasar pada bayi usia 11 bulan di Puskesmas Nagaswidak. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan metode *observasional analitik* dan pendekatan *cross sectional*. Sampel dari penelitian ini adalah 35 orang. Penelitian dilakukan di Puskesmas Nagaswiak dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data dan KMS (kartu menuju sehat) untuk mengetahui status kelengkapan imunisasi bayi. Hasil penelitian menunjukkan adanya perilaku

ibu mengimunisasikan DPT di Puskesmas Nagaswidak termasuk dalam kategori perilaku cukup baik yaitu 48,6% dan sebanyak 54,3% status imunisasi DPT pada bayi usia 11 bulan adalah lengkap. Perhitungan uji statistik *chi square* didapatkan *p value* 0,02 dan *Odd Ratio* (OR) 6,5 yang berarti H_0 ditolak. Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara perilaku ibu mengimunisasikan DPT dengan status kelengkapan imunisasi DPT dasar pada bayi usia 11 bulan di Puskesmas Nagaswidak.

Kata Kunci: Imunisasi, DPT, Puskesmas

I. PENDAHULUAN

Difteri merupakan penyakit pengan-cam jiwa. Tingkat kematian paling tinggi akibat penyakit ini adalah pada bayi dan anak-anak. Kematian biasanya terjadi pada tiga sampai empat hari pertama timbulnya penyakit. Tahun 2000, di seluruh dunia dilaporkan terdapat 30.000 kasus dan 3000 orang diantaranya meninggal akibat penyakit ini (Cahyono, 2010).

Penyebaran kasus Difteri di Sumatera Selatan cenderung meluas dari tahun ke tahun, dimulai pada tahun 2012 (5 kasus/3 daerah), tahun 2013 (15 kasus/3 daerah), tahun 2014 (33 kasus/7 daerah), tahun 2015 (43 kasus/6 daerah), tahun 2016 (86 kasus/2 daerah), tahun 2017 (77 kasus/11 kematian/ 2 daerah), tahun 2018 (140 kasus/8 kematian/2 daerah) dan tahun 2019 (300 kasus/21 kematian/3 daerah). Tahun 2019 penderita difteri di Sumatera Selatan yang terpantau sebanyak 333 orang. Sebagian besar adalah anak-anak. Dari jumlah tersebut yang meninggal dunia 11

orang. Penyakit Difteri tersebut sudah men-jangkiti 14 kabupaten/kota (Dinas Kesehatan Sumatera Selatan, 2019).

Sumber utama penularan penyakit ini adalah manusia. Penyakit difteri ini sangat mudah menular. Penularan terjadi melalui udara pernapasan saat kontak langsung dengan penderita atau pembawa (carrier) kuman. Penderita difteri dapat menularkan penyakit sejak hari pertama sakit sampai 4 minggu atau sampai tidak ditemukan lagi bakteri pada lesi yang ada. Pembawa (carrier) kuman dapat menularkan penyakit sampai 6 bulan. Penyakit difteri mulai tampak setelah bakteri masuk ke dalam tubuh waktu 2-4 hari (Soedarto, 1990)

II. KAJIAN TEORI

2.1 Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah upaya yang dilakukan dengan sengaja memberikan kekebalan pada bayi atau anak sehingga terhindar dari penya-kit. Kekebalan diasumsikan sebagai perlindungan terhadap suatu penyakit tertentu terdiri atas kekebalan pasif, yaitu tubuh tidak mem-

bentuk imunitas, tetapi menerima imunitas, dan kekebalan aktif, yaitu membentuk kekebalan sendiri (Supartini, 2002). Kekebalan tersebut didapat oleh karena adanya zat antibodi yang terbentuk dalam tubuh dengan memasukkan antigen (kuman) melalui imunisasi. Jika tubuh telah memiliki antibodi spesifik terhadap penyakit tertentu, maka pada saat kuman tersebut menyerang kembali pada reaksi berikutnya tubuh akan membentuk antibodi dalam jumlah lebih banyak dan lebih cepat karena telah memiliki memori untuk mengenal antigen tersebut (Istiqomah, 2011). Tujuan pemberian imunisasi adalah agar anak menjadi lebih kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

2.2 Jenis-jenis Imunisasi

Berdasarkan asal mulanya terdapat dua jenis imunisasi yaitu imunisasi aktif dan pasif. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut:

a. Imunisasi Aktif

Imunisasi aktif merupakan pemberian zat sebagai antigen yang diharapkan akan terjadi suatu proses infeksi buatan, sehingga tubuh mengalami reaksi imunologi spesifik yang akan menghasilkan respon seluler dan humoral serta dihasilkannya cell memory. Jika be-

nar-benar terjadi infeksi maka tubuh secara cepat dapat merespon.

b. Imunisasi Pasif

Imunisasi pasif merupakan pemberian zat (imunoglobulin), yaitu suatu zat yang dihasilkan melalui suatu proses infeksi yang dapat berasal dari plasma manusia atau binatang yang digunakan untuk mengatasi mikroba yang diduga sudah masuk dalam tubuh yang terinfeksi (Hidayat, 2008).

2.3 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD31)

Ada tujuh penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, yaitu tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, poliomyelitis, campak, dan hepatitis. Jenis-jenis penyakit menular meliputi antara lain penyakit tuberkulosis, difteri, pertusis, campak, polio, hepatitis B, hepatitis A, meningitis meningokokus, haemophilus influenzae tipe b, kolera, rabies, japanese encephalitis, tifus abdominalis, rubella, varicella, pneumonia pneumokokus, yellow fever, shigellosis, parotitis epidemica. Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi adalah tuberkulosis, difteri, polio, campak, tetanus dan hepatitis B sedangkan penyakit lainnya dengan perkembangan ilmu pengetahuan akan menjadi penyakit yang

dapat dicegah melalui pemberian imunisasi (Supartini, 2002).

2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Pada Bayi Dengan Vaksin DPT dan HB Dalam Bentuk Terpisah, Menurut Tempat Lahir Bayi

UMUR	VAKSIN	TEMPAT
Bayi lahir di rumah:		
0 bulan	HB 1	Posyandu
1 bulan	Polio 1, BCG	Posyandu
2 bulan	DPT 1, HB 2, Polio 2	Posyandu
3 bulan	DPT 2, HB 3, Polio 3	Posyandu
4 bulan	DPT 3, Polio 4	Posyandu
9 bulan	Campak	Posyandu
Bayi lahir di RS/RB/Bidan Praktek:		
0 bulan	HB 1, Polio1, BCG	RS/RB/Bidan
9 bulan	DPT 1, HB 2, Polio2	RS/RB/Bidan
3 bulan	DPT 2, HB 3, Polio3	RS/RB/Bidan
4 bulan	DPT3, Polio4	RS/RB/Bidan
9 bulan	Campak	RS/RB/Bidan

Sumber: Kemenkes, 2012

a. Imunisasi DPT

Imunisasi DPT/DT merupakan tindakan imunisasi dengan memberi vaksin DPT (difteri pertusis tetanus)/DT (difteri tetanus) pada anak yang bertujuan memberi kekebalan dari kuman penyakit difteri, pertusis, dan tetanus. Suntikan pertama tidak memberikan perlindungan secara maksimal, itu sebabnya suntikan ini harus diberikan sebanyak 3 kali. Pemberian vaksin pertama pada usia 2 bulan dan berikutnya dengan interval 4-6 minggu (kurang lebih tiga kali), selanjutnya ulangan pertama satu tahun dan ulangan berikutnya tiga tahun sekali sampai usia 8 tahun. Imunisasi ini tidak dianjurkan untuk bayi kurang dari 2 bulan me-

ningkat imunogen pertusis yang sangat reaktogenik dan adanya hambatan tanggap kebal karena pengaruh antibodi maternal untuk imunogen difteri atau tetanus (Hidayat, 2007).

1) Dosis dan Rute Pemberian

Vaksin DPT berisi *toxoid* difteri dan tetanus yang dimurnikan, serta bakteri pertusis yang telah diinaktivasi. Vaksin ini tersedia dalam bentuk cair warna putih keruh, disuntikkan secara intramuskuler dengan dosis pemberian 0,5 ml sebanyak 3 dosis. Dosis pertama diberikan pada umur 2 bulan, dosis selanjutnya diberikan dengan interval paling cepat empat minggu (Prasetyo, 2008).

2) Kontraindikasi

Imunisasi DPT tidak boleh diberikan pada anak yang sakit parah dan anak yang menderita penyakit kejang demam kompleks. Juga tidak boleh diberikan kepada anak dengan batuk yang diduga sedang menderita batuk rejan dalam tahap awal atau penyakit gangguan kekebalan/defisiensi umum⁴ (Aningsih, 2003).

3) Efek Samping

Reaksi yang mungkin terjadi biasanya bayi mengalami demam pada waktu sore hari setelah mendapatkan imunisasi DPT, tetapi demam akan turun dan hilang dalam waktu 2 hari. Sebagian besar merasa nyeri, sakit, me-

rah atau bengkak di tempat suntikan. Keadaan ini tidak berbahaya dan tidak perlu mendapatkan pengobatan khusus, karena akan sembuh dengan sendirinya. Bila gejala tersebut tidak timbul, tidak perlu diragukan bahwa imunisasi tersebut tidak memberikan perlindungan dan imunisasi tidak perlu di ulang (Priyono, 2010).

2.5 Penyakit Difteri

a) Tanda dan Gejala

Tanda-tanda dan gejala difteri tergantung pada fokus infeksi, status kekebalan dan toksin yang dikeluarkan itu telah memasuki peredaran darah. Masa inkubasi difteri biasanya 2-5 hari, walaupun dapat singkat hanya satu hari dan lama 8 hari bahkan sampai 4 minggu. Biasanya serangan penyakit agak terselubung, misalnya hanya sakit tenggorokan yang ringan, panas yang tidak tinggi, berkisar antara $37,80\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 38,90\text{ }^{\circ}\text{C}$.

Pada mulanya tenggorok hanya iperemis saja tetapi kebanyakan sudah terjadi membran putih/keabu-abuan. Dalam 24 jam membran dapat menjalar dan menutupi tonsil, palatum molle, uvula. Mula-mula membran tipis, putih dan berselaput yang segera menjadi tebal, abu-abu/hitam tergantung jumlah kapiler yang berdilatasi dan masuknya darah ke dalam eksudat. Membran mempunyai batas-batas jelas dan melekat dengan jaringan dibawahnya

dan sulit untuk diangkat, sehingga bila diangkat secara paksa menimbulkan perdarahan. Jaringan yang tidak ada membran biasanya tidak membengkak. Pada difteri sedang biasanya proses yang terjadi akan menurun pada hari ke 5-6, walaupun antitoksin tidak diberikan. Gejala lokal dan sistemik secara bertahap menghilang dan membran akan menghilang. Perubahan ini akan lebih cepat bila diberikan antitoksin.

Difteri berat akan lebih berat pada anak yang lebih muda. Bentuk difteri antara lain bentuk Bullneck atau maglignant difteri. Bentuk ini timbul dengan gejala-gejala yang lebih berat dan membran menyebar secara cepat menutupi faring dan dapat menjalar ke hidung. Oedem tonsil dan uvula dapat pula timbul dan oedem disertai nekrosis. Pembengkakan kelenjer leher, infiltrat ke dalam jaringan sel-sel leher, dari telinga satu ke telinga yang lain. Dan mengisi dibawah mandibula sehingga memberi gambaran bullneck (Widyasari, 2010).

a. Difteri Tonsil Faring

Pada difteri tonsil dan faring, nyeri tenggorokan merupakan gejala awal yang umum, tetapi hanya setengah penderita menderita disfagia, serak, malaise atau nyeri kepala. Dalam 1-2 hari kemudian timbul membrane yang

melekat berwarna putih kelabu, infeksi faring ringan disertai dengan pembentukan membrane tonsil unilateral atau bilateral yang meluas secara berbeda-beda mengenai uvula, palatum molle, orofaring posterior, hipofaring dan daerah glotis. Selanjutnya gejala tergantung dari derajat penetrasi toksin dan luas membrane. Pada kasus berat, dapat terjadi kegagalan pernafasan atau sirkulasi. Pada kasus ringan membrane akan terlepas dalam 7-10 hari dan biasanya terjadi penyembuhan sempurna.

b. Difteri laring

Difteri laring biasanya merupakan perluasan difteri faring. Penderita dengan difteri laring sangat cenderung tercekik karena edema jaringan lunak dan penyumbatan lapisan epitel pernafasan tebal dan bekuan nekrotik. Pada difteri faring primer gejala toksik kurang nyata, oleh karena mukosa laring mempunyai daya serap toksin yang rendah dibandingkan mukosa faring sehingga gejala obstruksi saluran nafas atas lebih mencolok. Gejala klinis difteri laring sukar dibedakan dari tipe *infectious croup* yang lain, seperti nafas berbunyi, stridor yang progresif, suara parau dan batuk kering. Pada obstruksi laring yang berat terdapat retraksi suprasternal interkostal dan supraklavikular. Bila terjadi pelepasan mem-

brane yang menutup jalan nafas dapat menimbulkan kematian mendadak. Pada kasus berat, membrane dapat meluas ke percabangan trakeobronkial. Apabila difteri laring terjadi sebagai perluasan dari difteri faring, maka gejala yang tampak merupakan campuran gejala obstruksi dan toksemia.

c. Difteri Kulit

Difteri kulit berupa tukak dikulit, tepi jelas dan terdapat membrane pada dasarnya, kelainan cenderung menahun. Difteri kulit klasik adalah infeksi nonprogresif lamban yang ditandai dengan ulkus yang tidak kunjung sembuh, superficial, ektimik dengan membrane coklat keabu abuan. Infeksi difteri kulit tidak selalu dapat dibedakan dari impetigo streptokokus atau stafilokokus dan meroka biasanya bersama. Pada kebanyakan kasus, dermatosis yang mendasari luka goresan, luka bakar atau impetigo yang telah terkontaminasi sekunder.

Tungkai lebih sering terkena daripada badan atau kepala. Nyeri, sakit, eritema, dan eksudat khas. Hiperestesi lokal atau hipestesia tidak lazim. Kolonisasi saluran pernafasan atau infeksi bergejala dan komplikasi toksik terjadi pada sebagian kecil penderita dengan difteri kulit.

2.2 Cara Penularan

Sumber utama penularan penyakit ini adalah manusia. Penularan terjadi melalui udara pernapasan saat kontak langsung dengan penderita atau pembawa (carrier) kuman. Seorang penderita difteri dapat menularkan penyakit sejak hari pertama sakit sampai 4 minggu atau sampai tidak ditemukan lagi bakteri pada lesi yang ada. Seorang pembawa (carrier) kuman dapat menularkan penyakit sampai 6 bulan. Dalam waktu 2–4 hari setelah bakteri masuk ke dalam tubuh, maka dengan segera akan mulai tampak penyakit difteri. Gejala yang timbul tergantung pada infeksi, bisa di hidung, tonsil, laring, kulit, dan vagina. Pada kasus berat dapat terjadi kematian akibat sumbatan jalan nafas yang hebat. Selain itu racun yang terbentuk juga dapat menyebabkan kerusakan otot dan katup jantung, kerusakan sistem saraf berupa kesulitan menelan hingga kelumpuhan anggota gerak dan kerusakan ginjal (Soedarto, 1990). Bayi yang mendapat imunisasi dasar DPT lengkap akan terlindung dari penyakit difteri yang berbahaya dan akan mencegah penularan ke orang-orang disekitarnya. jadi, imunisasi dasar DPT selain bermanfaat untuk bayi juga bermanfaat untuk mencegah penyebaran penyakit difteri ke orang-

orang di sekitarnya. Jika bayi tidak diberikan imunisasi dasar DPT maka tubuhnya tidak mempunyai kekebalan yang spesifik terhadap penyakit difteri tersebut. Bila kuman difteri yang masuk cukup banyak maka tubuhnya tidak mampu melawan kuman tersebut sehingga bisa menyebabkan sakit berat, atau cacat bahkan meninggal. Bayi atau anak yang tidak diimunisasi akan menyebarkan kuman-kuman tersebut ke orang-orang disekitarnya sehingga dapat menimbulkan wabah yang menyebar kemana-mana menyebabkan cacat atau kematian lebih banyak. Oleh karena itu bila ibu tidak menginginkan bayinya diimunisasi maka dapat membahayakan keselamatan bayinya dan juga orang-orang disekitarnya karena mudahnya penyebaran penyakit difteri yang dapat menimbulkan sakit berat, cacat, bahkan kematian (Widyasari, 2010).

2.3 Patogenesis

Kuman masuk melalui mukosa/kulit, melekat serta berbiak pada permukaan mukosa saluran nafas bagian atas dan mulai memproduksi toksin yang merembes ke sekeliling serta selanjutnya menyebar ke seluruh tubuh melalui pembuluh limfe dan darah. Toksin ini merupakan suatu protein dengan berat molekul 62.000 dalton, tidak tahan panas/cahaya, mempunyai 2 fragmen yaitu fragmen A (ami-

noterminal) dan fragmen B (carboxyterminal) yang disatukan dengan ikatan disulfida. Fragmen B diperlukan untuk melekatkan molekul toksin yang teraktifasi pada reseptor sel pejamu yang sensitif. Perlekatan ini mutlak agar fragmen A dapat melakukan penetrasi ke dalam sel. Kedua fragmen ini penting dalam menimbulkan efek toksik pada sel.

III. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif. Jenis penelitian ini bersifat *observasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian ini peneliti akan mengambil data variabel terikat (status kelengkapan imunisasi dasar DPT pada bayi usia 11 bulan) maupun variabel bebas (perilaku ibu mengimunisasikan DPT) dalam satu satuan waktu yang sama. Lokasi Penelitian ini adalah puskesmas Nagaswidak

Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki bayi usia 11 bulan yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Nagaswidak. Besar populasi dalam penelitian ini adalah 35 orang.

Sampel pada penelitian ini adalah ibu yang mempunyai bayi usia 11 bulan terhitung dari bulan Agustus 2019. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 35 orang.

Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah:

- 1) Seluruh ibu yang mempunyai bayi usia 11 bulan terhitung dari bulan Agustus 2019
- 2) Ibu dalam keadaan sehat.
- 3) Bertempat tinggal di sekitar Wilayah Kerja Puskesmas Nagaswidak
- 4) Ibu yang memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS)
- 5) Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Teknik sampling adalah teknik yang digunakan untuk mengambil sampel dari populasi (Arikunto dalam Setiadi, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu *non probability sampling* adalah tidak memberikan kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dapat dipilih menjadi sampel. Pendekatan teknik *non probability sampling* yang digunakan yaitu secara total sampling yaitu teknik penentuan sampel dengan menggunakan semua anggota populasi sebagai sampel penelitian (Sugiyono, 2011).

1. Data Primer

Sumber data primer adalah sumber yang dapat memberikan informasi secara langsung, serta sumber data tersebut memiliki hubungan dengan masalah pokok penelitian sebagai bahan informasi yang

dicari. Data primer dalam penelitian ini adalah data yang diperoleh dari hasil wawancara peneliti dengan sumber informasi.

2. Data Sekunder

Data sekunder yang digunakan dalam penelitian diperoleh dengan telaah dokumen antara lain: absensi, profil puskesmas dan data kepegawaian.

Teknik pengumpulan menggunakan kuesioner yang telah diberikan. Cara pengisian kuesioner dapat diisi sendiri oleh responden dengan pengawasan dari peneliti/petugas yang membantu dalam mengisi kuesioner. Sedangkan teknik pengumpulan data untuk mengetahui kelengkapan imunisasi DPT dilakukan dengan membaca KMS responden.

Teknik analisis data adalah proses penyusunan data agar data tersebut dapat ditafsirkan. Menyusun data berarti menggolongkan ke dalam kategori tafsiran atau interpretasi artinya memberikan makna terhadap analisis, menjelaskan kategori dan mencari hubungan antara berbagai konsep.

Agar dalam menganalisa data dapat dilaksanakan dengan baik, maka harus sesuai dengan prosedur atau langkah-langkah, menurut Lexy J. Moleong (2014) proses analisa data dimulai adalah:

- a. Mencatat sebuah data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu dari wawancara, pengamatan yang sudah ditulis dalam catatan lapangan, dokumen resmi,
- b. Menggumpulkan, memilah-milah data dengan membuat rangkuman yang inti dari hasil wawancara, pengamatan yang sudah ditulis dalam catatan lapangan, dokumen resmi.
- c. Menyusun dalam satuan-satuan yang kemudian dikategorikan pada langkah berikutnya.
- d. Mengadakan pemeriksaan keabsahan data.
- e. Membuat kesimpulan berdasarkan data yang diperoleh dari pemeriksaan keabsahan data.

Analisis data berupa analisis isi dari hasil pertemuan tertutup kepada informan kunci dan berupa analisis pemeringkatan terhadap indikator terpilih. Kemudian data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

IV. HASIL PENELITIAN

4.1 Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik responden merupakan ciri-ciri yang melekat pada responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, suku, ras, pekerjaan, dan lain-lain. Karakteristik responden yang dikaji dalam penelitian

ini meliputi usia, pekerjaan, dan tingkat pendidikan.

a. Usia Responden

Karakteristik responden berdasarkan usia dapat dilihat pada hasil penelitian bahwa usia responden kriteria <20 tahun sebanyak 9 ibu (25,7%), usia responden kriteria 21-30 tahun sebanyak 21 responden (60 %), usia responden kriteria >30 tahun sebanyak 5 responden (14,3%).

4.2 Tingkat Pendidikan Responden

Hasil penelitian bahwa responden dengan pendidikan SD sebanyak 4 orang (11,4%), responden dengan pendidikan SMP sebanyak 5 orang (14,3%) responden dengan pendidikan SMA sebanyak 17 orang (48,6%), dan responden dengan pendidikan PT sebanyak 9 orang (25,5%).

4.3 Tingkat Pendidikan Responden

Hasil penelitian dari pendidikan responden diukur berdasarkan lulusan pendidikan terakhir yang telah ditempuh oleh responden. Latar belakang pendidikan setiap responden bervariasi, dimulai dari tidak sekolah, SD, SMP, SMA, dan PT. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari total 35 responden, terdapat 7 orang responden (20,0%) yang memiliki pekerjaan sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), 8 orang responden (22,9%) yang

bekerja sebagai swasta, 5 orang responden (14,3%) sebagai wiraswasta, dan 15 orang responden (42,9%) berprofesi sebagai IRT.

4.4 Perilaku Ibu Mengimunisasikan DPT pada Bayi Usia 11 Bulan

Distribusi perilaku ibu mengimunisasikan DPT dasar pada bayi usia 11 bulan di Puskesmas Nagaswidak hampir merata pada masing-masing kategori. Jumlah responden pada kategori perilaku baik sebesar 17 orang (48%), sedangkan jumlah responden pada kategori perilaku buruk sebesar 18 orang (51,4%).

4.5 Status Kelengkapan Imunisasi DPT Dasar Pada Bayi Usia 11 Bulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bayi dengan status imunisasi DPT lengkap sebanyak 19 bayi (54,3%) dan bayi dengan status imunisasi DPT tidak lengkap sebanyak 16 bayi (45,7%).

4.6 Hubungan Perilaku Ibu Mengimunisasikan DPT dengan Status kelengkapan imunisasi DPT pada bayi usia 11 bulan

Hasil penelitian diperoleh data bahwa perilaku baik dengan status imunisasi lengkap sebanyak 13 orang (76,5%) dan perilaku baik dengan status imunisasi tidak lengkap sebanyak 4 orang (23,5%). Responden perilaku buruk dengan status imunisasi lengkap seba-

nyak 6 orang (33,3%) dan perilaku buruk dengan status imunisasi tidak lengkap sebanyak 12 orang (66,7%).

Hasil analisis diperoleh *P value* sebesar 0,02. Koefisiensi ini lebih kecil dari taraf signifikan sebesar 0,05. Kesimpulannya yaitu *H₀* ditolak yang menunjukkan ada hubungan antara perilaku ibu mengimunisasikan DPT dengan status kelengkapan imunisasi DPT dasar pada bayi usia 11 bulan. *Odd Ratio* (OR) hasil penelitian sebesar 6,5 yang bermakna ibu dengan perilaku baik memiliki peluang 6,5 kali untuk mengimunisasikan DPT pada bayinya dengan lengkap.

Pembahasan

Perilaku Ibu Mengimunisasikan DPT Pada Bayi Usia 11 Bulan Pelaksanaan imunisasi DPT diidentifikasi sebagai perilaku kesehatan. Perilaku kesehatan merupakan suatu respons seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan (Skinner 1939 dalam Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku ibu mengimunisasikan DPT pada bayi usia 11 bulan di Puskesmas Nagaswidak dalam kategori baik sebanyak 17 responden

(48.6%) dan jumlah responden dengan kategori buruk sebanyak 18 responden (51,4%).

Hal ini menggambarkan bahwa 51,4% perilaku ibu di wilayah kerja Puskesmas Nagaswidak termasuk dalam kategori perilaku buruk. Hasil penelitian menunjukkan data ibu yang bekerja sebanyak 20 responden (57,2%) dan ibu yang tidak bekerja sebanyak 15 responden (42,9%), dari hasil wawancara responden juga mengatakan bahwa kesibukan pekerjaan mereka menyebabkan bayi mereka terlambat untuk diimunisasi karena jadwal pekerjaan yang tidak bisa menyesuaikan dengan jadwal posyandu sehingga mereka menanti waktu kosong tidak bekerja untuk membawa bayi mereka untuk diimunisasi dasar DPT.

Penelitian ini di dukung oleh teori Maslow yang mengemukakan lima tingkat kebutuhan pokok manusia. Kelima tingkat ilmiah yang kemudian dijadikan pengertian dalam mempelajari motivasi manusia. Kelima tingkatan tersebut adalah kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan sosial, kebutuhan penghargaan, kebutuhan aktivitas diri. Ibu yang mempunyai pekerjaan demi mencukupi kebutuhan keluarga (kebutuhan pertama) akan mempengaruhi kegiatan imunisasi yang termasuk kebutuhan rasa

aman dan perlindungan sehingga ibu lebih mengutamakan pekerjaan daripada mengantarkan bayinya untuk di imunisasi.

Perilaku mengimunisasikan DPT sangat penting untuk dilakukan terutama pada bayi untuk pecegahan penyakit difteri. Ibu yang mengimunisasikan DPT pada bayinya berarti telah melakukan perilaku kesehatan yaitu mencegah terjadinya penyakit DPT pada bayinya. Hal ini didukung dengan teori yang telah menyebutkan bahwa penyakit DPT adalah penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin (WHO, 2010). Sehingga dengan ibu mengimunisasikan DPT berarti telah memberikan perlindungan pada anak terhadap penyakit DPT dan mencegah terjadinya kesakitan dan kecacatan akibat penyakit DPT.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan faktor lain yang mempengaruhi perilaku ibu tidak mengimunisasikan DPT adalah jarak antara rumah dan posyandu yang jauh sehingga informasi pelaksanaan posyandu tidak tersebar rata. Dari hasil wawancara responden dan kader posyandu menyebutkan jarak rumah dengan posyandu menjadi alasan mengapa ibu tidak membawa bayinya ke posyandu. Green dalam Notoadmojo, 2007 menganalisis bahwa perilaku ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yakni faktor-faktor pre-

disposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya; faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan misalnya Puskesmas, ketersediaan vaksin; Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku kesehatan atau tokoh masyarakat.

Terdapat teori lain yang mendukung hasil penelitian tersebut yakni tentang perilaku kesehatan yang dianalisis dengan bertitik tolak pada perilaku sebagai fungsi memiliki lima faktor penentu yaitu niat, dukungan sosial, informasi kesehatan, otonomi pribadi dan situasi (Kar dalam Notoatmodjo, 2007). Tidak terpenuhinya beberapa faktor inilah yang kemungkinan dapat menyebabkan belum seluruhnya ibu yang memiliki bayi usia 11 bulan di Puskesmas Nagaswidak berperilaku mengimunisasikan DPT.

Situasi adalah suatu keadaan yang terjadi di sekitar manusia yang dapat mempengaruhi sikap dan tingkah lakunya dan berpengaruh terhadap perilaku kesehatannya. Jarak

rumah dengan posyandu juga mempengaruhi status kelengkapan imunisasi. Hal ini didukung oleh penelitian Mills A. & Gilson L dalam Prasetya (2008), yang menyatakan ibu yang jarak tempat tinggalnya jauh dengan pelayanan imunisasi akan semakin enggan untuk datang, karena selain memerlukan waktu tempuh yang lama juga akan meningkatkan biaya transportasi yang harus dikeluarkan. Selain itu informasi mengenai dilaksanakannya posyandu juga tidak tersebar rata sehingga pada ibu yang memiliki jarak rumah jauh dari posyandu tidak mengetahui adanya kegiatan posyandu.

Bayi yang tidak diimunisasi DPT akan sangat berpotensi untuk terjangkit penyakit difteri karena pada tubuh bayi tersebut tidak memiliki perlindungan terhadap penyakit difteri. Difteri adalah penyakit menular akut pada tonsil, faring, hidung, laring, selaput mukosa, kulit, dan terkadang konjungtiva serta vagina (Cahyono, 2010). Oleh karena itu sangat berbahaya pada bayi yang tidak mendapatkan imunisasi DPT karena sangat beresiko tertular penyakit difteri jika ada yang menderita penyakit tersebut di sekitarnya.

Kondisi seperti di atas diharapkan dapat dikontrol atau ditiadakan dengan terpenuhinya imunisasi DPT dasar secara lengkap pada bayi

usia 11 bulan. Oleh karena itu sangat diharapkan bagi para ibu untuk berperilaku mengimunisasikan DPT pada bayinya sehingga dengan mengimunisasikan DPT berarti ibu telah melakukan perilaku kesehatan yaitu perilaku pencegahan (preentif) terhadap penyakit difteri.

1. Status Kelengkapan Imunisasi DPT Pada Bayi Usia 11 Bulan

Imunisasi adalah upaya yang dilakukan dengan sengaja memberikan kekebalan pada bayi atau anak sehingga terhindar dari penyakit. Kekebalan diasumsikan sebagai perlindungan terhadap suatu penyakit tertentu terdiri atas kekebalan pasif, yaitu tubuh tidak membentuk imunitas, tetapi menerima imunitas, dan kekebalan aktif, yaitu membentuk kekebalan sendiri (Supartini, 2002). Tujuan pemberian imunisasi adalah agar anak menjadi lebih kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas serta dapat mengurangi kecacatan akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Imunisasi DPT/DT merupakan tindakan imunisasi dengan memberi vaksin DPT (difteri pertusis tetanus)/DT (difteri tetanus) pada anak yang bertujuan memberi kekebalan dari kuman penyakit difteri, pertusis, dan tetanus. Suntikan pertama tidak memberikan perlin-

ngan secara maksimal, itu sebabnya suntikan ini harus diberikan sebanyak 3 kali. Pemberian vaksin pertama pada usia 2 bulan dan berikutnya dengan interval 4-6 minggu (kurang lebih tiga kali), selanjutnya ulangan pertama satu tahun dan ulangan berikutnya tiga tahun sekali sampai usia 8 tahun. Imunisasi ini tidak dianjurkan untuk bayi kurang dari 2 bulan mengingat imunogen pertusis yang sangat reaktogenik dan adanya hambatan tanggap kebal karena pengaruh antibodi maternal untuk imunogen difteri atau tetanus (Hidayat, 2007). Status kelengkapan imunisasi bayi sangat penting sebab bayi yang belum memiliki daya tahan tubuh yang spesifik sangat rentan terhadap penyakit dan mudah tertular penyakit, oleh karena itu perilaku ibu dalam mengimunisasikan DPT pada bayinya berpengaruh terhadap status kelengkapan imunisasi DPT bayi dan juga berdampak pada kesehatan bayi mereka.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bayi dengan status imunisasi DPT lengkap sebanyak 19 bayi (54,3%) dan bayi dengan status imunisasi DPT tidak lengkap sebanyak 16 bayi (45,7%). Dari data karakteristik didapatkan ibu dengan pendidikan SMA dan perguruan tinggi lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan SD dan SMP

yaitu ibu dengan pendidikan SMA sebanyak 17 orang sedangkan ibu dengan pendidikan perguruan tinggi sebanyak 9 orang.

Secara teori, tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu merupakan domain yang sangat penting dalam tindakan seseorang, yang dalam konteks ini adalah tindakan seorang ibu untuk membawa bayinya ke posyandu atau unit pelayanan kesehatan lainnya guna mendapatkan imunisasi dasar lengkap dan sesuai jadwal (Notoatmodjo, 2003). Setiawan (2001) dalam Mahardika, 2009 menyatakan bahwa tingkat pendidikan sangat berhubungan dengan intelektualitas yang dimiliki seseorang. Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi tentu memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dari mereka yang memiliki tingkat pendidikan rendah dan hal ini akan mempengaruhi penilaian mereka. Dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, tingkat pendidikan dan pengetahuan inipun juga akan berpengaruh status kelengkapan imunisasi DPT pada bayi ibu.

Hal tersebut juga didukung oleh penelitian dari Rizani 2009 yang menyatakan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Yang mempengaruhi pengetahuan dan perilaku

adalah kemampuan, pengalaman dan pendidikan. Penelitian lain menyatakan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan status imunisasi anak. Tingkat pendidikan menggambarkan tingkat kematangan seseorang dalam merespon lingkungan sehingga dapat mempengaruhi wawasan berpikir atau merespon pengetahuan yang ada di sekitarnya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar peluang untuk mendapatkan informasi yang dapat mempunyai pengertian lebih baik tentang pencegahan penyakit dan mempunyai kesadaran lebih tinggi terhadap masalah-masalah kesehatan (Rizani, 2009).

2. Hubungan Perilaku Ibu Mengimunisasikan DPT dengan Status Kelengkapan Imunisasi DPT Dasar Pada Bayi Usia 11 Bulan.

Berdasarkan hasil uji chi square menunjukkan bahwa ibu dengan perilaku mengimunisasikan baik yang status imunisasi DPT pada bayinya lengkap sebesar 13 orang (76%) sedangkan ibu dengan perilaku mengimunisasikan buruk yang status imunisasi DPT pada bayinya tidak lengkap sebesar 12 orang (66,7%). Hasil analisis diperoleh *P value* sebesar 0,02. Koefisiensi ini lebih kecil dari taraf signifikan sebesar 0,05. Kesimpulannya yaitu H_0 ditolak, jadi ada hubungan antara perilaku

ibu mengimunisasikan DPT dengan status kelengkapan imunisasi DPT dasar pada bayi usia 11 bulan. Peneliti menganalisis ibu dengan perilaku baik akan lebih memperhatikan status kelengkapan imunisasi DPT pada bayinya. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil OR sebesar 6,5, dari data tersebut dapat diketahui bahwa ibu dengan perilaku baik mempunyai peluang 6,5 kali untuk mengimunisasikan DPT pada bayinya dengan lengkap.

Hal tersebut diperkuat oleh adanya teori yang menyebutkan perilaku kesehatan merupakan suatu respons seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan (Skinner 1939 dalam Istiqomah, 2007). Dalam penelitian ini, perilaku mengimunisasikan DPT didefinisikan sebagai keikutsertaan ibu mengimunisasikan bayinya yang berusia 11 bulan. Jika perilaku ibu mengimunisasikan baik maka status imunisasi lengkap.

Terdapat 6 responden (33,3%) dengan perilaku buruk namun imunisasi lengkap, hal tersebut dikarenakan dukungan dari keluarga yang kuat. Hasil penelitian dapat dilihat dari pengisian kuesioner no 4 dengan data sebanyak 28 responden (80%) menjawab bahwa

responden mendapatkan dorongan dari keluarga untuk membawa bayinya ke pelayanan kesehatan untuk diimunisasi DPT hal ini mempengaruhi status kelengkapan imunisasi bayi selain itu sebanyak 20 responden (57,1%) juga menyebutkan bahwa anggota keluarga mencari informasi mengenai pentingnya imunisasi DPT hal ini ditunjukkan dari pertanyaan kuesioner no 11. Hasil penelitian ini didukung dengan teori dari Asih dalam Istiqomah yang menyebutkan bahwa wujud dari dukungan sosial keluarga dapat ditunjukkan oleh anggota keluarga melalui kegiatan sehari-hari, misalnya memberikan informasi kepada ibu mengenai jadwal imunisasi atau mengantarkan ibu ke tempat imunisasi. Apabila seorang ibu mendapatkan manfaat dari seluruh dukungan sosial keluarga, maka seorang ibu tersebut telah mendapatkan stimulus positif untuk melakukan tindakan berupa mengimunisasikan DPT pada bayinya. Sehingga apabila ibu telah mendapatkan dukungan sosial keluarga maka ibu tersebut mengimunisasikan DPT pada bayinya.

V. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil akhir indikator sumber daya manusia, maka dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Sebanyak 48,6% responden memiliki perilaku mengimunisasikan DPT dalam kategori baik.
2. Status kelengkapan imunisasi DPT dasar pada bayi usia 11 bulan sebanyak 54,3% responden berada dalam kategori lengkap.
3. Ada hubungan yang bermakna antara perilaku ibu mengimunisasikan DPT dengan status kelengkapan imunisasi DPT dasar pada bayi usia 11 bulan ($p\text{ value}=0,02$).
4. *Odd Ratio* (OR) hasil penelitian sebesar 6,5 yang bermakna ibu dengan perilaku mengimunisasikan baik memiliki peluang 6,5 kali untuk mengimunisasikan DPT pada bayinya dengan lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Cahyono. Suharjo. 2010. *Vaksinasi Cara Ampuh Cegah Penyakit Infeksi*. Yogyakarta: Kanisius.
- Depkes RI. 2002. *Pedoman Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2007. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Hidayat, Aziz Alimul. 2008. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak Untuk pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2007. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*. Jakarta: EGC.
- Hidayat Risyah. 2012 . *Jember KLB difteri setelah 16 Orang Terserang*. Jember-antaranews.<http://www.antaranews.com/berita/319949/jember-klb-difteri-setelah-16-orang-terserang>[3 September 2019].
- Istiqomah, Aulia. 2011. “*Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Perilaku Ibu Mengimunitasikan Campak Pada Bayi Usia 9 Bulan Di Desa Kaliwates*”. Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universita Negeri Jember.
- Karmana oman. 2002. *Cerdas belajar biologi*. PT Gravindo Media Pratama.
- Kemenkes. 2011. *Faktor Penyebab Wabah Difteri*. Jember. 108.CSR.com
- <http://www.108csr.com/home/news.php?id=2357> [2 Februari 2020].
- Kurnianingsih, Sari (Ed). 2003. *Pedoman Klinis keperawatan pediatrik*. Edisi Keempat. Jakarta: EGC.