

**DEPARTEMEN ANAK
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SKRIPSI
2023**

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU
TERHADAP PEMBERIAN IMUNISASI *MEASLES RUBELLA* (MR)
PADA ANAK USIA SEKOLAH DASAR DI SDN BONTORAMBA
KECAMATAN TAMALANREA KOTA MAKASSAR**



OLEH:

GABRIELLA NOVELIN MUNDI

C011191217

PEMBIMBING:

dr. NINNY MEUTIA PELUPESSY, Sp.A

**DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MENYELESAIKAN
STUDI PADA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2023**

**Gambaran Pengetahuan dan Sikap Ibu
terhadap Pemberian Imunisasi Measles Rubella (MR)
pada Anak Usia Sekolah dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea
Kota Makassar**

**Diajukan kepada Universitas Hasanuddin
untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran**

GABRIELLA NOVELIN MUNDI

C011191217

Pembimbing :

dr. Ninny Meutia Pelupessy, Sp.A.

UNIVERSITAS HASANUDDIN

FAKULTAS KEDOKTERAN

MAKASSAR 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Departemen Ilmu Kesehatan
Anak Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul:

**“GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU
TERHADAP PEMBERIAN IMUNISASI *MEASLES RUBELLA* (MR)
PADA ANAK USIA SEKOLAH DASAR DI SDN BONTORAMBA
KECAMATAN TAMALANREA KOTA MAKASSAR”**

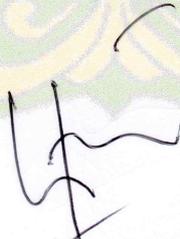
Hari/Tanggal : Senin, 16 Januari 2023

Waktu : 15.00 WITA

Tempat : *Zoom Meeting*

Makassar, 16 Januari 2023

Mengetahui,



dr. Ninny Meutia Pelupessy, Sp.A.

NIP. 19701015 200912 2 001

**DEPARTEMEN ILMU KESEHATAN ANAK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS
HASANUDDIN MAKASSAR**

2023

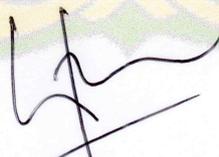
TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Skripsi dengan Judul:

**“GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU TERHADAP
PEMBERIAN IMUNISASI *MEASLES RUBELLA* (MR) PADA ANAK USIA
SEKOLAH DASAR DI SDN BONTORAMBA KECAMATAN
TAMALANREA KOTA MAKASSAR”**

Makassar, 16 Januari 2023

Mengetahui,



dr. Ninny Meutia Pelupessy, Sp.A.

NIP. 19701015 200912 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**“GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP IBU
TERHADAP PEMBERIAN IMUNISASI MEASLES RUBELLA (MR)
PADA ANAK USIA SEKOLAH DASAR DI SDN BONTORAMBA
KECAMATAN TAMALANREA KOTA MAKASSAR”**

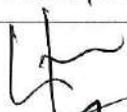
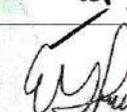
Disusun dan Diajukan Oleh:

Gabriella Novelin Mundi

C011191217

Menyetujui

Panitia Penguji

No	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1	dr. Ninny Meutia Pelupessy, Sp.A.	Pembimbing	
2	dr. A. Dwi Bahagia Febriani, Ph.D., Sp.A(K)	Penguji 1	
3	dr. Eka Yusuf Inrakartika, M.Kes., Sp.A.	Penguji 2	

Mengetahui,

Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
Hasanuddin

Ketua Program Studi Sarjana Kedokteran
Fakultas Kedokteran Universitas


Dr. Agus Salim Bukhari, M.Clin.Med., Ph.D., Sp.GK(K)
NIP. 1967008211999031001


dr. Ririn Nislawati, Sp.M, M. Kes
NIP. 19810118200912200

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Gabriella Novelin Mundi
NIM : C011191217
Fakultas / Program Studi : Kedokteran / Pendidikan Dokter Umum
Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan dan Sikap Ibu Terhadap Pemberian Imunisasi *Measles Rubella* (MR) pada Anak Usia Sekolah Dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Ninny Meutia Pelupessy, Sp.A. (.....)

Penguji 1 : dr. A. Dwi Bahagia Febriani, Ph.D., Sp.A(K) (.....)

Penguji 2 : dr. Eka Yusuf Inrakartika, M.Kes., Sp.A. (.....)

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 16 Januari 2023

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Gabriella Novelin Mundi

NIM : C011191217

Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Dengan ini menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, 16 Januari 2023

Yang menyatakan,



Gabriella Novelin Mundi

C011191217

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih karunia dan pertolongan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul *“Gambaran Pengetahuan dan Sikap Ibu Terhadap Pemberian Imunisasi MR Lanjutan pada Anak Usia Sekolah Dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar”* sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Kedokteran (S.Ked) di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan saran-saran yang berharga dari berbagai pihak sehingga skripsi ini bisa terselesaikan. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan penyertaan-Nya yang telah memberikan penulis kesempatan, kesehatan, dan kemampuan selama melaksanakan pendidikan hingga selesainya penelitian ini.
2. Orang tua yang saya sayangi, Papa dan Mama yang telah membesarkan dan mendidik penulis dengan penuh kesabaran dan kasih sayang diiringi doa dan dukungan tiada henti, serta adik-adik saya Gary dan Gading yang selalu memberikan semangat selama masa studi penulis.
3. dr. Ninny Meutia Pelupessy, Sp.A., selaku dosen pembimbing dalam penulisan skripsi ini yang telah banyak meluangkan waktu dan dengan sabar memberikan bimbingan dan arahannya dalam penyusunan skripsi ini serta memberikan dukungan dan nasihat sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.

4. dr. A. Dwi Bahagia Febriani, Ph.D., Sp.A(K) selaku penguji I dan dr. Eka Yusuf Inra Kartika, M.Kes., Sp.A. selaku penguji II yang telah bersedia menyediakan waktu untuk memberikan saran dan pendapat terkait penelitian ini sehingga dapat diselesaikan dengan baik.
5. Kepala Sekolah, wali kelas, dan para orang tua dari siswa(i) kelas 1 di SDN Bontoramba yang telah bersedia untuk bekerja sama dalam menyediakan tempat dan menjadi partisipan dalam penelitian ini;
6. Sahabat-sahabat penulis, kelompok belajar zzz yang senantiasa memberikan motivasi dan dorongan kepada penulis sejak awal masa studi hingga menyelesaikan penelitian ini.
7. Keluarga besar F1LA9GRIN, Angkatan 2019 Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
8. Seluruh pihak lain yang terlibat yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini tidak luput dari kesalahan. Oleh karena itu saran dan kritik yang membangun dari pembaca adalah sesuatu yang senantiasa penulis harapkan demi perbaikan di masa mendatang. Akhir kata, semoga tulisan ini dapat memberikan manfaat serta pembelajaran kepada kita semua.

Makassar, 16 Januari 2023

Gabriella Novelin Mundi

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyelenggaraan imunisasi merupakan intervensi kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). Penyakit campak dan rubella termasuk PD3I yang perlu mendapatkan perhatian karena efeknya pada tubuh manusia. Ibu merupakan sosok terdekat untuk anak sehingga pengetahuan dan sikapnya akan memengaruhi peningkatan status kesehatan anak, dalam hal ini untuk memberikan imunisasi pada anaknya.

Tujuan: Untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap ibu terhadap pemberian imunisasi MR pada anak usia sekolah dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar.

Metode: Penelitian ini merupakan studi observasional deskriptif dengan menggunakan data primer berupa jawaban dari kuesioner yang diisi oleh ibu dari siswa kelas 1 di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar.

Hasil: Dari total 51 sampel yang diteliti didapatkan bahwa Ibu yang memiliki tingkat pengetahuan baik sejumlah 48 orang (94,1%), ibu dengan tingkat pengetahuan cukup sejumlah 2 orang (3,9%), dan ibu dengan tingkat pengetahuan kurang sejumlah 1 orang (2%). Kemudian berdasarkan sikap ibu mengenai imunisasi, Ibu yang memiliki sikap dalam kategori baik adalah sejumlah 47 orang (92,2%), ibu dengan sikap dalam kategori cukup sejumlah 3 orang (5,9%), dan ibu dengan sikap dalam kategori kurang sejumlah 1 orang (2%). Selanjutnya, berdasarkan status imunisasi MR lanjutan anak, terdapat 45 anak (88,2%) yang sudah mendapatkan imunisasi dan 6 anak (11,8%) yang belum diimunisasi.

Kesimpulan: Tingkat pengetahuan dan sikap ibu terhadap pemberian imunisasi MR lanjutan umumnya baik. Status imunisasi MR lanjutan anak mayoritas sudah diimunisasi.

Kata Kunci: pengetahuan, sikap, imunisasi MR

ABSTRACT

Introduction: Immunization is a health intervention carried out to reduce morbidity and mortality due to Immunization Preventable Diseases. Measles and rubella (MR) are immunization preventable diseases that need attention because of their effects to human body. Mother is the closest figure for the child, so her knowledge and attitude will influence the improvement of the child's health status, in this case to provide immunization to her child.

Aim: To obtain information in maternal knowledge and attitude about of MR immunization to school-age children at SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar.

Method: Descriptive observational study using primary data from questionnaires answer by mothers of grade 1 students at SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar.

Result: Out of 51 samples, 48 samples (94,1%) had good level of knowledge, 2 samples (3,9%) had moderate level of knowledge, and 1 sample (2%) had poor level of knowledge. Based on the attitude of the mothers, 47 samples (92,2%) had good level of attitude, 3 samples (5,9%) had moderate level of attitude, and 1 sample (2%) had poor level of attitude. Furthermore, the advanced MR immunization status, there were 45 children (88,2%) who had received MR immunization and 6 children (11,8%) who had not been immunized.

Conclusion: The level of maternal knowledge and attitude about measles and rubella immunization is generally good. Majority of the children have been immunized.

Keywords: knowledge, attitudes, MR immunization

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GRAFIK.....	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Campak dan Rubela	6
2.1.1 Campak	6
2.1.2 Rubela	7
2.2 Imunisasi	8
2.2.1 Pengertian Imunisasi	8
2.2.2 Tujuan dan Manfaat Imunisasi	11
2.2.3 Mekanisme Kerja Imunisasi	13
2.2.4 Jenis Imunisasi	16
2.2.5 Jadwal Imunisasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI)	19
2.2.6 Imunisasi MR	20
2.2.7 Jadwal Imunisasi Lanjutan Anak Usia Sekolah	22
2.2 Pengetahuan	23
2.2.1 Pengertian Pengetahuan.....	23
2.2.2 Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan.....	23
2.2.3 Tingkatan Pengetahuan	24
2.3 Sikap	25
2.3.1 Pengertian Sikap.....	25
2.3.2 Faktor yang Memengaruhi Sikap.....	26
2.3.3 Tingkatan Sikap.....	26

BAB 3 KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP.....	28
3.1 Kerangka Teori.....	28
3.2 Kerangka Konsep.....	28
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	30
4.1 Desain Penelitian.....	30
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	30
4.2.1 Populasi Penelitian	30
4.2.2 Sampel Penelitian	30
4.3 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	31
4.4 Jenis Data dan Instrumen Penelitian.....	31
4.4.1 Jenis Data Penelitian.....	31
4.4.2 Instrumen Penelitian	31
4.5 Variabel Penelitian	32
4.5.1 Variabel Dependen	32
4.5.2 Variabel Independen.....	32
4.6 Definisi Operasional.....	32
4.6.1 Imunisasi MR lanjutan pada anak usia sekolah dasar	32
4.6.2 Pengetahuan ibu tentang imunisasi.....	33
4.6.3 Sikap ibu tentang imunisasi	33
4.6.4. Nilai Skor Pengetahuan	34
4.6.5 Nilai Skor Sikap	34
4.7. Hasil Uji Kuesioner.....	35
4.7.1 Hasil Uji Validitas Kuesioner	35
4.7.2 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner	35
4.8 Manajemen Dan Analisis Data	36
4.8.1 Pengumpulan Data	36
4.8.2 Teknik Pengolahan Data.....	36
4.8.3 Penyajian Data.....	36
4.9 Alur Penelitian	37
4.10 Etika Penelitian	37
4.11 Jadwal Kegiatan	38
4.12 Biaya	39
BAB 5 HASIL	40
5.1. Karakteristik Sampel.....	40
5.1.1. Karakteristik Ibu Menurut Usia	40
5.1.2. Karakteristik Ibu Menurut Pendidikan Terakhir	41
5.1.3. Karakteristik Ibu Menurut Jenis Pekerjaan	41
5.1.4. Karakteristik Ibu Menurut Penghasilan	42

5.2. Hasil Analisis Univariat	43
5.2.1. Gambaran Pengetahuan Ibu.....	43
5.2.2. Gambaran Sikap Ibu.....	47
5.2.3. Status Imunisasi MR Siswa Kelas 1 SDN Bontoramba.....	51
BAB 6 PEMBAHASAN.....	53
6.1 Pengetahuan Ibu tentang Imunisasi MR.....	53
6.2 Sikap Ibu tentang Imunisasi MR.....	56
6.3 Status Imunisasi MR Lanjutan pada Anak.....	58
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	61
7.1 Kesimpulan.....	61
7.2 Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA.....	63
LAMPIRAN.....	67
Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	67
Lampiran 2 Etik Penelitian.....	68
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian.....	69
Lampiran 4 Kuesioner Penelitian.....	72
Lampiran 5 Persetujuan Setelah Penjelasan kepada Calon Responden.....	74
Lampiran 6 Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner Penelitian.....	77
Lampiran 7 Data Responden.....	85
Lampiran 8 Jawaban Kuesioner.....	89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Skema jenis imunisasi	17
Gambar 2. 2 Jadwal imunisasi anak umur 0-18 tahun rekomendasi IDAI	20
Gambar 3. 1 Kerangka Teori.....	28
Gambar 3. 2 Kerangka Konsep	29
Gambar 4. 1 Alur penelitian.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 KIPi pada imunisasi MR.....	22
Tabel 2. 2 Jadwal imunisasi lanjutan anak usia sekolah	23
Tabel 4. 1 Jadwal kegiatan	38
Tabel 4. 2 Biaya penelitian.....	39
Tabel 5. 1 Karakteristik Sampel Penelitian Menurut Usia.....	40
Tabel 5. 2 Karakteristik Sampel Penelitian Menurut Pendidikan Terakhir	41
Tabel 5. 3 Karakteristik Sampel Penelitian Menurut Jenis Pekerjaan	42
Tabel 5. 4 Karakteristik Sampel Penelitian Menurut Penghasilan.....	42
Tabel 5. 5 Distribusi Pengetahuan Ibu Menurut Skor.....	43
Tabel 5. 6 Distribusi Pengetahuan Ibu Menurut Kategori	44
Tabel 5. 7 Distribusi Jawaban Kuesioner Pengetahuan	46
Tabel 5. 8 Distribusi Sikap Ibu Menurut Skor	47
Tabel 5. 9 Distribusi Sikap Ibu Menurut Kategori.....	48
Tabel 5. 10 Distribusi Jawaban Kuesioner Sikap.....	50
Tabel 5. 11 Status Imunisasi Lanjutan MR Anak	51

DAFTAR GRAFIK

Grafik 5. 1 Distribusi Pengetahuan Ibu Menurut Skor	44
Grafik 5. 2 Distribusi Pengetahuan Ibu Menurut Kategori	45
Grafik 5. 3 Distribusi Jawaban Kuesioner Pengetahuan	46
Grafik 5. 4 Distribusi Sikap Ibu Menurut Skor	48
Grafik 5. 5 Distribusi Sikap Ibu Menurut Kategori	49
Grafik 5. 6 Distribusi Jawaban Kuesioner Pengetahuan	50
Grafik 5. 7 Status Imunisasi Lanjutan MR Anak	52

DAFTAR SINGKATAN

MR	: <i>Measles Rubella</i>
PD31	: Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi
KLB	: Kejadian Luar Biasa
BIAS	: Bulan Imunisasi Anak Sekolah
SRK	: Sindrom Rubela Kongenital
UCI	: <i>Universal Child Immunization</i>
IDL	: Imunisasi Dasar Lengkap
WUS	: Wanita Usia Subur
Baduta	: Bayi
BCG	: Anak usia bawah dua tahun
HB	: Hepatitis B
DPT-HB-HiB	: Difteri Pertusis Tetanus, Hepatitis B, <i>Haemophilus influenza</i> tipe B
OPV	: <i>Oral Polio Vaccine</i>
IPV	: <i>Inactivated Polio Vaccine</i>
DT	: Difteri Pertusis
Td	: Tetanus Difteri
MMR	: <i>Measles Mumps Rubella</i>

PIN : Pekan Imunisasi Nasional

ORI : *Outbreak Response Immunization*

KIPI : Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di Indonesia, angka kematian anak adalah salah satu parameter mortalitas yang digunakan untuk mengukur tingkat pembangunan manusia. Tingkat kematian anak yang tinggi merupakan indikator negatif terhadap pencapaian pembangunan manusia, sehingga angka kematian anak perlu menjadi perhatian serius (Alfana dkk., 2015). Usia anak-anak sangat rentan terhadap penyakit infeksi karena mekanisme pertahanan tubuhnya belum sempurna untuk melawan paparan mikroorganisme patogen. Hal ini mendorong pemerintah berupaya dengan berbagai cara untuk mengurangi angka kejadian penyakit ini, salah satunya adalah dengan melakukan program imunisasi (Maimunah, 2017).

Imunisasi adalah upaya memperoleh kekebalan tubuh secara buatan dengan memasukkan virus atau bakteri yang telah dilemahkan, dimatikan, atau dimodifikasi. Virus atau bakteri yang dimasukkan akan memicu pembentukan antibodi sehingga sudah terbentuk imunitas jika suatu saat anak terpapar mikroorganisme patogen tertentu. Diperkirakan terdapat 2-3 juta kematian yang terjadi tiap tahun akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). Penyelenggaraan imunisasi menjadi intervensi kesehatan yang paling murah untuk mengurangi terjadinya morbiditas dan mortalitas akibat PD3I (Maimunah, 2017).

Penyakit campak dan rubela termasuk dalam PD3I yang perlu mendapat perhatian karena efeknya pada tubuh manusia. Campak disebabkan oleh *paramyxovirus* dan bermanifestasi pada tubuh dengan gejala demam tinggi, ruam

kemerahan pada kulit, batuk dan/atau pilek dan/atau konjungtivitis. Komplikasi seperti pneumonia, diare, dan meningitis sangat berbahaya karena dapat menyebabkan kematian. Pada anak, rubela memiliki gejala yang lebih ringan, tetapi jika ditularkan kepada wanita hamil maka efek teratogenik virus rubela akan menyebabkan kematian janin atau sindrom rubela kongenital yang mengakibatkan kecacatan pada bayi yang dilahirkan (Ditjen P2P, 2017). Penyakit campak dan rubela sering menyebabkan KLB karena sangat mudah menular melalui percikan air liur termasuk batuk dan bersin. Penularannya bisa mencapai 90% jika berkontak erat dengan penderita sehingga anak-anak usia sekolah masih rentan terpapar penyakit ini jika perlindungannya tidak dimaksimalkan melalui pemberian imunisasi lanjutan (Dinkes Sulsel, 2021).

Imunisasi MR diberikan sebagai imunisasi lanjutan di dalam program imunisasi wajib pada anak usia sekolah dengan tujuan memperoleh perlindungan optimal dengan mempertahankan dan memperpanjang kekebalan (antibodi) terhadap penyakit campak dan rubela (Kemenkes RI, 2016). Program imunisasi harus dilaksanakan secara berkelanjutan dan tepat waktu pemberian agar mencapai perlindungan kesehatan yang optimal baik bagi anak secara individu maupun bagi masyarakat secara luas (Maimunah, 2017). Imunisasi dengan cakupan tinggi (minimal 95%) dan merata bisa mencegah transmisi ke usia yang lebih dewasa dan melindungi mereka ketika memasuki usia reproduksi sehingga target eliminasi penyakit dapat tercapai (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Pemberian imunisasi MR dilakukan saat pelaksanaan BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah) pada bulan Agustus setiap tahunnya dan diatur dalam Permenkes Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi.

Di Indonesia, terjadi penurunan cakupan imunisasi campak dari 99,3% menjadi 89,8% pada tahun 2012-2017 sementara angka kejadiannya mengalami peningkatan dari 3,2 menjadi 5,6 per 100.000 penduduk sejak tahun 2015-2017 dimana terjadi peningkatan kejadian luar biasa (KLB) di 18 provinsi termasuk Sulawesi Selatan selama tiga tahun tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Jika *herd immunity* tidak terbentuk karena cakupan imunisasi rendah maka penyakit ini berpotensi besar untuk menjadi wabah (Ditjen P2P, 2017).

Anak yang tidak mendapatkan imunisasi tidak memiliki kekebalan spesifik sehingga akan menimbulkan sakit berat, kecacatan, bahkan kematian karena tubuhnya tidak dapat melawan patogen yang masuk. Untuk menghindari hal tersebut, dibutuhkan kerja sama antara pemerintah, masyarakat, pendidik dan orang tua, terutama ibu, untuk menyukseskan program imunisasi. Ibu merupakan sosok terdekat untuk anak sehingga pengetahuan dan sikap dari seorang ibu akan sangat berpengaruh terhadap peningkatan status kesehatan anak (Thabita dkk., 2012). Secara teori pengetahuan akan memengaruhi sikap dan sikap akan memengaruhi tindakan yang diambil. Seorang ibu dengan tingkat pengetahuan yang baik akan cenderung memiliki sikap positif di dalam bidang kesehatan, dalam hal ini untuk memberikan imunisasi kepada anaknya (Emilya dkk., 2017). Sepanjang pengetahuan penulis, belum pernah ada penelitian mengenai gambaran sikap dan pengetahuan ibu terhadap pemberian imunisasi MR lanjutan pada anak usia sekolah sebelumnya. Oleh karena itu, penulis memandang perlu untuk mengadakan penelitian mengenai gambaran pengetahuan dan sikap ibu terhadap pemberian imunisasi MR pada anak usia sekolah dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar. Penelitian ini dilaksanakan setelah pemberian

imunisasi MR pada program BIAS di bulan Agustus tahun 2022. Penulis berharap penelitian ini dapat membawa manfaat dan menjadi masukan kepada pemerintah dan masyarakat untuk pelaksanaan program imunisasi di masa yang akan datang.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan uraian di atas dapat disusun rumusan masalah yaitu :
Bagaimana gambaran pengetahuan dan sikap ibu terhadap pemberian imunisasi MR pada anak usia sekolah dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap ibu terhadap pemberian imunisasi MR pada anak usia sekolah dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran pengetahuan ibu terhadap pemberian imunisasi MR pada anak usia sekolah dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar
- b. Untuk mengetahui gambaran sikap ibu terhadap pemberian imunisasi MR pada anak usia sekolah dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar
- c. Untuk mengetahui kelengkapan imunisasi lanjutan MR pada anak usia sekolah dasar di SDN Bontoramba Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai informasi mengenai gambaran pengetahuan dan sikap ibu terhadap pemberian imunisasi MR pada anak usia sekolah dasar
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi data dan bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya yang serupa, berhubungan, maupun yang lebih mendalam

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pemerintah mengenai gambaran pengetahuan dan sikap ibu terhadap pemberian imunisasi MR pada anak usia sekolah dasar serta dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pembuatan strategi pelaksanaan program kesehatan selanjutnya
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi masyarakat untuk mengetahui masalah kesehatan yang dapat dicegah dengan imunisasi serta meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pemberian imunisasi pada anak

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Campak dan Rubela

2.1.1 Campak

Campak atau rubeola disebabkan oleh *paramyxovirus* yang masuk ke dalam tubuh melalui kontak langsung dan udara seperti percikan air liur dari batuk dan bersin. Penularan yang mudah membuat penyakit campak sering menyebabkan KLB. Terdapat lebih dari 140.000 kematian akibat campak pada tahun 2018 dan sebagian besarnya terjadi pada anak (WHO, 2019a). Sementara di Indonesia, diperkirakan terdapat 23.164 kasus campak terkonfirmasi yang terjadi dari tahun 2010-2015, tetapi jumlah ini diperkirakan lebih rendah dari jumlah sebenarnya karena banyak kasus yang tidak dilaporkan. Pada tahun 2017 terjadi KLB campak pada 30 provinsi di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Virus campak menginfeksi saluran pernapasan lalu menyebar ke seluruh tubuh. Gambaran klinis penyakit terdiri dari 3 tahap yaitu fase prodromal, erupsi dan pemulihan. Gejala mulai timbul 7-14 hari setelah paparan virus yang diawali dengan demam tinggi $\geq 38^{\circ}\text{C}$ selama 4-7 hari. Pada fase prodromal juga didapatkan malaise, anoreksia dan trias klasik yaitu konjungtivitis, anoreksia dan *coryza*. Dapat ditemukan tanda patognomonis (khas) *Koplik's spots* yaitu bercak putih keabuan dengan dasar merah di pipi bagian dalam. Setelah 14 hari, masuk ke fase erupsi dimana timbul bercak kemerahan (*rash*) dimulai dari belakang telinga. Bercak-bercak tersebut kemudian berkembang menjadi ruam makulopapular yang menjalar ke seluruh tubuh. Pada fase pemulihan ruam akan menghilang lalu meninggalkan

bintik-bintik coklat dengan pengelupasan kulit tipis (Chen, 2019).

Komplikasi yang dapat terjadi antara lain diare, laringotrakeabronkitis, pneumonia, otitis media, ensefalitis, dan panensefalitis sklerosis subakut. Kelompok dengan risiko komplikasi terbesar adalah wanita hamil, bayi, dan pasien imunokompromi. Kematian biasanya terjadi karena pneumonia virus, pneumonia bakterial sekunder karena superinfeksi setelah infeksi campak awal, dan ensefalitis pasca virus (Krawiec & Hinson, 2022).

2.1.2 Rubela

Rubela atau campak Jerman disebabkan oleh *rubivirus* dari keluarga *togavirus*. Penyakit ini menular melalui percikan air liur dari batuk atau bersin di udara. Pada tahun 2010-2015 terdapat 20.463 kasus Rubela terkonfirmasi di Indonesia, namun jumlah ini diperkirakan kurang dari jumlah sebenarnya karena kurangnya pelaporan. Pada tahun 2017, terjadi 79 kali KLB yang dilaporkan dari 19 provinsi di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Penyakit ini biasa terjadi pada anak-anak dan dewasa muda yang tidak kebal. Pada anak, gejala yang ditimbulkan tergolong ringan dan dapat sembuh sendiri tetapi berbahaya jika ditularkan pada wanita hamil (WHO, 2019b). Masa inkubasi virus berkisar antara 14-21 hari sebelum timbul gejala prodromal seperti demam ringan $< 39^{\circ}\text{C}$, malaise, anoreksia, mual, sakit kepala, sakit tenggorokan, limfadenopati. Penyakit ini seringkali tidak bergejala pada anak. Ruam merah timbul 1-5 hari setelah gejala prodromal. Ruam yang timbul berbentuk makula merah muda dan papula mulai timbul pada wajah lalu menyebar ke seluruh tubuh. Ruam biasanya berlangsung selama 3 hari lalu memudar dengan pola seperti saat

muncul. Dapat ditemukan Forcheimer spots atau peteki pada palatum lunak. Periode infeksius terjadi pada 1-5 hari setelah timbulnya ruam (Ezike, 2022).

Infeksi rubela selama embriogenesis (trimester 1 kehamilan) dapat menyebabkan abortus atau bayi lahir dengan Sindrom Rubela Kongenital (SRK) dengan trias klasik : katarak, kelainan jantung bawaan dan tuli sensorineural. Bentuk kelainan SRK antara lain kelainan jantung seperti *patent ductus arteriosus*, defek septum atrial, defek septum ventrikel, stenosis katup pulmonal; kelainan mata seperti katarak kongenital, glaukoma kongenital, retinopati, korioretinitis, hipoplasia iris, mikrofalmia; gangguan pendengaran; kelainan sistem saraf pusat seperti retardasi mental, mikrosefalus, meningoensefalitis; dan kelainan lain seperti purpura, splenomegali, ikterik 24 jam pasca lahir, *radioluscent bone* (Leonor & Mendez, 2022).

2.2 Imunisasi

2.2.1 Pengertian Imunisasi

Sistem imun merupakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mengenali zat asing yang masuk ke dalam tubuh dan melakukan tindakan terhadapnya dalam bentuk netralisasi, melenyapkan atau menyimpan di dalam tubuh. Fungsi utama sistem imun adalah pertahanan, homeostasis dan pengawasan. Fungsi pertahanan berkaitan dengan perlindungan tubuh terhadap antigen. Antigen adalah zat yang merangsang aktivasi sistem imun, misalnya mikroorganisme atau parasit dari luar tubuh. Sebagai respon terhadap antigen yang masuk, tubuh menghasilkan antibodi untuk menetralkan antigen dengan mengikat permukaannya. Proses ini memberikan keuntungan untuk melindungi tubuh dari benda asing yang berbahaya.

Jika sistem imun sistem imun lemah maka tubuh akan menjadi sakit sementara jika sistem imun kuat tubuh akan terbebas dari akibat merugikan seperti kerusakan jaringan tubuh yang ditimbulkan oleh respon imun dan aktivitas penyakit. Fungsi homeostasis dilakukan dengan membersihkan unsur seluler yang rusak agar tercipta keseimbangan di dalam tubuh. Fungsi pengawasan terutama ditujukan untuk mengenali perubahan sel yang terjadi akibat mutasi agar dapat segera dibuang oleh sistem imun (Bagus dkk., 2017).

Berdasarkan cara memperolehnya, imunitas atau kekebalan tubuh terbagi menjadi dua yaitu :

1. Imunitas Aktif

Imunisasi adalah salah satu contoh kekebalan tubuh yang didapatkan secara aktif. Imunitas aktif dibentuk oleh sistem imun sendiri. Dapat berupa imunitas aktif alamiah yang didapatkan setelah terpapar penyakit secara langsung dan imunitas aktif buatan seperti imunisasi. Imunitas aktif bersifat menetap seumur hidup.

2. Imunitas Pasif

Imunitas pasif diperoleh dari luar tubuh (bukan hasil produksi tubuh sendiri), terdiri dari imunitas pasif alamiah yang didapat dari ibu melalui plasenta atau ASI (kolostrum) dan imunitas pasif buatan yang diperoleh dari serum antibodi. Serum antibodi diekstrak dari plasma individu yang telah terinfeksi penyakit sebelumnya (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten, yaitu suatu usaha yang dilakukan untuk memberikan kekebalan tubuh spesifik secara aktif dan terhadap penyakit tertentu yang biasanya dilakukan dengan vaksinasi (NCIRD, 2021). Vaksinasi adalah pemberian antigen dari mikroorganisme patogen berupa

mikroorganisme yang sudah mati, masih hidup tetapi dilemahkan, baik secara utuh maupun menggunakan komponen tubuh tertentu seperti protein, polisakarida atau rekombinan (Plotkin dkk., 2017). Pemberian vaksin menstimulasi sistem imun untuk mengenali dan menyimpan memori mengenai antigen yang diberikan serta menghasilkan antibodi sehingga tubuh dapat memberikan respon yang sesuai. Antibodi yang terbentuk setelah imunisasi akan melindungi tubuh agar jika terpapar oleh antigen yang sama di kemudian hari sistem imun akan mengenali dan mengatasinya sehingga tubuh tidak akan sakit atau hanya menjadi sakit ringan (RIKESDES, 2018). Imunisasi secara signifikan menurunkan morbiditas dan mortalitas akibat penyakit tertentu sehingga menjadi bagian yang penting dalam kesehatan masyarakat khususnya untuk pencegahan penyakit, peningkatan harapan hidup dan peningkatan kualitas hidup (Galiza & Heath, 2022).

Imunisasi adalah salah satu upaya pemerintah dalam pencegahan penyakit infeksi yang paling murah dan efektif. Pemberian imunisasi terutama dilakukan pada kelompok berisiko tinggi seperti bayi dan anak-anak yang sistem imunnya masih lemah sehingga rawan terserang penyakit menular dibandingkan dengan kelompok penduduk dewasa. Imunisasi dapat mencegah penyakit menular yang disebut sebagai Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). Penyakit-penyakit yang termasuk PD3I antara lain difteri, tetanus, hepatitis B, radang selaput otak, radang paru-paru, pertusis, dan polio (Dinkes Sulsel, 2021). Imunisasi diberikan dengan prinsip tepat sasaran, tepat dosis, tepat cara, dan tepat waktu. Pelaksanaan yang dilakukan secara terus menerus, menyeluruh dan sesuai prinsip dilakukan agar imunisasi dapat memberikan perlindungan kesehatan optimal dan memutus mata rantai penularan PD3I.

2.2.2 Tujuan dan Manfaat Imunisasi

Tujuan imunisasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi adalah :

1. Tujuan Umum

Turunnya angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

2. Tujuan Khusus

a. Tercapainya cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) pada bayi sesuai target RPJMN

b. Tercapainya *Universal Child Immunization/UCI* (Prosentase minimal 80% bayi yang mendapat IDL disuatu desa/kelurahan) di seluruh desa/kelurahan

c. Tercapainya target imunisasi lanjutan pada anak umur di bawah dua tahun (baduta) dan pada anak usia sekolah dasar serta Wanita Usia Subur (WUS)

d. Tercapainya reduksi, eliminasi, dan eradikasi penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi

e. Tercapainya perlindungan optimal kepada masyarakat yang akan bepergian ke daerah endemis penyakit tertentu

f. Terselenggaranya pemberian imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (*safety injection practices and waste disposal management*)

Imunisasi bertujuan untuk melindungi seseorang terhadap penyakit tertentu dengan memberikan kekebalan spesifik melalui vaksinasi. Karena bersifat spesifik, pemberian imunisasi tertentu hanya memberikan perlindungan terhadap penyakit tersebut dan dibutuhkan imunisasi lainnya untuk memberikan kekebalan terhadap penyakit yang lain. Dengan melakukan imunisasi, diharapkan dapat terjadi reduksi

atau pengurangan angka kesakitan dan/atau kematian karena PD3I. Selain itu, imunisasi juga dilakukan dengan tujuan untuk mencapai eliminasi yaitu untuk menurunkan prevalensi penyakit secara berkesinambungan pada suatu populasi tertentu, atau bahkan hingga tercapainya eradikasi dimana penyakit berhasil diberantas secara total dari bumi (Permenkes No 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017).

Salah satu manfaat imunisasi selain proteksi perseorangan adalah terbentuknya kekebalan kelompok atau *herd immunity*. Kekebalan kelompok terjadi ketika sebagian besar komunitas telah kebal terhadap suatu penyakit sehingga seluruh komunitas tersebut terlindungi secara tidak langsung termasuk orang-orang yang rentan karena tidak dapat menerima imunisasi. Hal ini juga berdampak pada bidang ekonomi yaitu mengurangi beban masyarakat dan beban negara terhadap biaya perawatan kesehatan. Manfaat lain imunisasi yang dapat dirasakan antara lain :

1. Bagi anak

Mencegah terjadinya penyakit dan dampaknya yaitu penderitaan, kecacatan, dan kematian.

2. Bagi keluarga

Secara psikologis dapat menghilangkan keresahan orang tua mengenai pengobatan anak ketika sakit. Mendukung terbentuknya keluarga yang terencana, sehat dan berkualitas karena orang tua yakin anaknya menjalani masa kanak-kanak yang nyaman dan bebas dari kesakitan.

3. Bagi negara

Mendukung kelanjutan pembangunan negara dengan memperbaiki tingkat

kesehatan agar tercipta bangsa yang kuat dan berakal (Habibah, 2019)

2.2.3 Mekanisme Kerja Imunisasi

Ketika terpapar oleh antigen tubuh akan melakukan tindakan yang disebut sebagai respon imun. Respon imun terdiri atas imunitas bawaan (*innate immunity*) yang bersifat non spesifik dan imunitas adaptif yang bersifat spesifik. Respon imun bawaan adalah tindakan yang dilakukan pertama kali oleh tubuh ketika terpapar oleh antigen baik yang pernah atau belum pernah terpapar sebelumnya. Komponen utama imunitas bawaan antara lain epitel sebagai penghalang fisik, fagosit (neutrofil dan monosit/makrofag), sel dendritik, sel NK, sitokin, dan protein plasma termasuk sistem komplemen. Setiap komponen memiliki fungsi masing-masing. Sel NK akan membunuh sel tubuh yang terinfeksi dan memproduksi sitokin untuk mengaktifkan makrofag. Sel fagosit bertugas mengenali dan memakan benda asing untuk dihancurkan secara intraseluler. Sistem komplemen akan membungkus benda asing seperti mikroba (opsonisasi) untuk fagositosis, merangsang peradangan, dan melisis mikroba. Sedangkan sitokin memiliki fungsi yang berbeda-beda yaitu merangsang terjadinya inflamasi (TNF, IL-1, kemokin), mengaktifkan sel NK (IL-12), mengaktifkan makrofag (IFN- γ), dan mencegah infeksi virus (tipe I IFNs) (Abbas dkk., 2020).

Imunitas adaptif timbul karena tubuh sudah pernah terpapar oleh antigen tertentu sebelumnya. Komponen imunitas adaptif adalah imunitas humoral dan imunitas yang diperantarai oleh sel. Imunitas humoral diperankan oleh limfosit B yang menghasilkan antibodi untuk netralisasi dan eradikasi benda asing ekstraselular, sementara imunitas diperantarai sel diperankan oleh limfosit T yang berfungsi mengeradikasi benda asing intraselular. Antigen yang dikenali oleh

limfosit akan merangsang proliferasi limfosit menjadi efektor dan sel memori. Mekanisme imunisasi adalah dengan menginduksi efektor yaitu sel atau molekul yang mampu mengendalikan patogen yang bereplikasi atau menonaktifkan komponen toksiknya dengan cepat. Efektor imun yang diinduksi vaksin adalah antibodi yang mampu mengikat toksin atau patogen secara spesifik. Efektor lain adalah limfosit T CD8+ sitotoksik yang dapat membatasi penyebaran agen infeksi dengan mengenali dan membunuh sel yang terinfeksi atau menghasilkan sitokin antivirus spesifik. Selain itu juga ada sel limfosit T-helper (Th) CD4+ yang menghasilkan sitokin dan pemeliharaan sel B dan sel T CD8+ (Plotkin dkk., 2017). Limfosit T efektor bermigrasi ke lokasi infeksi perifer lalu mengeliminasi benda asing dengan membunuh sel terinfeksi atau memproduksi sitokin yang akan mengaktifkan fagosit yang selanjutnya akan memakan dan menghancurkan benda asing tersebut. Sementara limfosit B efektor tinggal pada organ limfoid dan sumsum tulang untuk menghasilkan antibodi. Antibodi ini akan masuk dalam sirkulasi dan mengeliminasi benda asing (Abbas dkk., 2020). Sel limfosit B juga akan berdiferensiasi menjadi sel B memori yang dipersiapkan untuk memberikan respon yang lebih cepat, lebih poten dan lebih lama terhadap paparan antigen yang sama di kemudian hari. Mekanisme inilah yang diadaptasi pada imunisasi (Drabkin & Crandall, 1939).

Respon imun yang terjadi pada imunisasi adalah :

1. Respon imun pada imunisasi aktif

Pada imunisasi aktif tubuh diberikan antigen dari bakteri, virus atau parasit melalui pemberian vaksin. Antigen akan dianggap sebagai benda asing oleh tubuh sehingga direspon oleh sistem imun spesifik. Di dalam jaringan limfoid, makrofag

menfagosit antigen asing yang masuk lalu dibawa ke limfosit B terdekat. Secara bersamaan, antigen asing tersebut juga dibawa menuju sel T untuk mengaktivasi sel *T helper* yang akan membantu aktivasi sel limfosit B. Kemudian limfosit B spesifik antigen yang teraktivasi mengalami pembesaran dengan gambaran seperti limfoblast. Diferensiasi limfoblast menjadi plasmablast akan menghasilkan sel plasma. Sel plasma yang telah matur melepaskan antibodi ke dalam sirkulasi melalui cairan limfe.

Reaksi pertama terhadap antigen yang masuk disebut sebagai respon primer. Respon ini belum menghasilkan antibodi yang kuat karena tubuh belum memiliki pengalaman mengatasi antigen asing tersebut. Ketika terjadi paparan ulang, tubuh akan memberikan respon sekunder dimana antibodi yang terbentuk akan lebih kuat. Hal ini terjadi karena saat aktivasi sel limfosit B yang pertama kali, ada sebagian limfoblast yang tidak berkembang menjadi sel plasma tetapi membentuk sel limfosit B baru yang serupa dengan jumlah yang cukup. Sehingga populasi sel limfosit B spesifik yang teraktivasi akan menjadi lebih banyak. Sel baru yang terbentuk ini disebut sebagai sel memori. Sel memori menyimpan kode-kode informasi mengenai cara melawan antigen asing yang serupa. Selanjutnya, sel memori disimpan di seluruh jaringan limfoid dalam keadaan dorman dan akan teraktivasi dengan cepat oleh antigen asing yang sama. Hal inilah yang membuat paparan selanjutnya oleh antigen asing yang sama akan menghasilkan respon sekunder yang lebih cepat dan lebih kuat dengan masa hidup lebih lama.

2. Respon imun pada imunisasi pasif

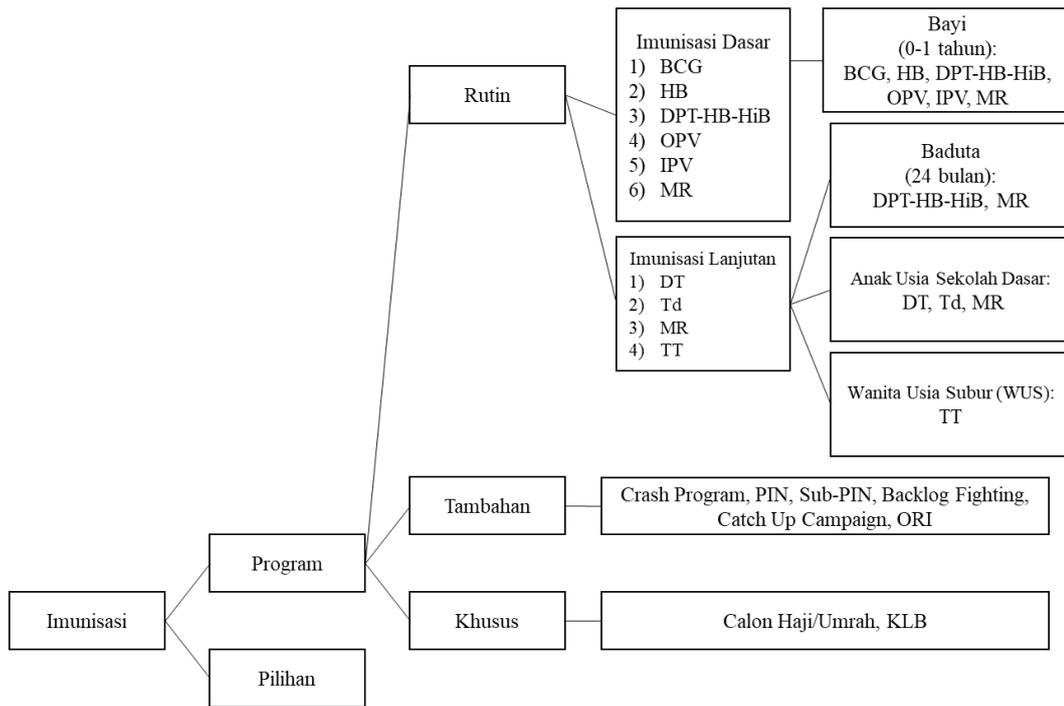
Pada imunisasi pasif tidak dilakukan pemberian antigen untuk mengaktifkan sistem imun. Tubuh langsung diberikan antibodi atau sel T yang telah

teraktivasi. Antibodi atau sel T aktif ini diperoleh dari serum darah manusia atau binatang yang telah memiliki imunitas terhadap antigen tertentu sehingga bisa langsung bekerja mengatasi penyakit yang sudah masuk. Misalnya pada pemberian imunoglobulin Hepatitis B (HBIG) pada bayi yang lahir dari ibu dengan HbsAg (+). Hal ini dilakukan untuk melindungi neonatus dari penyakit hepatitis B walaupun sudah terpapar dari ibunya. Imunisasi aktif hanya bertahan di dalam tubuh selama beberapa hari-beberapa minggu, tidak seperti imunisasi aktif yang dapat memberikan perlindungan lebih lama (Rachmawati & Barlianto, 2019).

2.2.4 Jenis Imunisasi

Penyelenggaraan imunisasi di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi. Berdasarkan peraturan tersebut imunisasi terdiri dari Imunisasi Program dan Imunisasi Pilihan. Imunisasi Program bersifat wajib dan harus diberikan sesuai dengan jenis vaksin dan jadwal yang ditetapkan dalam Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. Imunisasi pilihan diberikan sesuai dengan kebutuhan masing-masing orang (Permenkes No 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017).

Gambar 2. 1 Skema jenis imunisasi



1. Imunisasi program

A. Imunisasi rutin, dilaksanakan secara berkesinambungan dan terjadwal yang terdiri dari :

a. Imunisasi dasar

Imunisasi dasar adalah imunisasi wajib yang diberikan kepada bayi berusia 0-1 tahun. Penyakit-penyakit yang dicegah melalui pemberian imunisasi dasar yaitu hepatitis B, poliomyelitis, tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh virus *Haemophilus influenza* tipe b dan campak. Adapun jenis vaksinasi yang diberikan dalam program imunisasi dasar antara lain (Permenkes No 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017) :

- 1) Vaksin BCG
- 2) Vaksin HB
- 3) Vaksin DPT-HB-HiB

- 4) Vaksin OPV
- 5) Vaksin IPV
- 6) Vaksin MR

b. Imunisasi lanjutan

Imunisasi lanjutan bertujuan untuk memperoleh perlindungan optimal terhadap penyakit dengan mempertahankan tingkat kekebalan dan memperpanjang masa perlindungan imunisasi pada anak yang sudah mendapat imunisasi dasar sebelumnya. Imunisasi lanjutan diberikan kepada anak usia dibawah tahun (Baduta), anak usia sekolah dasar, dan wanita usia subur (WUS). Pada Baduta diberikan imunisasi untuk mencegah penyakit difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh *Haemophilus influenza* tipe B, serta campak dan rubela. Sehingga jenis vaksin yang diberikan adalah vaksin pentavalen DPT-HB-HiB dan vaksin MR. Pada anak usia sekolah dasar pemberian imunisasi dilakukan untuk memperpanjang kekebalan terhadap penyakit tetanus, difteri, campak dan rubela. Vaksin yang diberikan pada anak usia sekolah dasar antara lain:

- 1) Vaksin DT
- 2) Vaksin Td
- 3) Vaksin MR

Sementara pada WUS diberikan imunisasi lanjutan untuk penyakit tetanus dan difteri dengan pemberian vaksin TT (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

B. Imunisasi tambahan

Imunisasi tambahan adalah imunisasi yang diberikan berdasarkan kajian epidemiologis pada periode tertentu kepada kelompok usia yang paling rentan

terkena penyakit. Imunisasi tambahan juga dilakukan untuk mencapai target sasaran yang belum tercapai pada pemberian imunisasi dasar dan/atau lanjutan sebelumnya. Jenis kegiatan yang termasuk dalam imunisasi tambahan antara lain *backlog fighting*, *crash program*, Pekan Imunisasi Nasional (PIN), sub PIN, *catch up campaign* (kampanye), *Outbreak Response Immunization* (ORI) (Permenkes No 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017).

C. Imunisasi khusus

Imunisasi khusus adalah imunisasi yang diberikan pada situasi tertentu, misalnya pemberian imunisasi pada calon jemaah haji/umrah, persiapan perjalanan ke daerah endemis, dan ketika terjadi KLB. Program ini dilakukan untuk mencegah penyakit-penyakit seperti meningitis meningokokus, *yellow fever*, rabies dan polio (Permenkes No 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017).

2. Imunisasi pilihan

Imunisasi pilihan diberikan sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu dan bukan termasuk dalam imunisasi program. Vaksin yang termasuk antara lain vaksin MMR, tifoid, varisela, hepatitis A, influenza, pneumokokus, rotavirus, *japanese encephalitis*, *human papillomavirus* (HPV), herpes zoster, hepatitis B, dan dengue (Permenkes No 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017).

2.2.5 Jadwal Imunisasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI)

Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) mengeluarkan rekomendasi jadwal imunisasi yang disesuaikan dengan kebutuhan anak Indonesia dengan mempertimbangkan program imunisasi di Indonesia dan rekomendasi WHO. Pembuatan jadwal ini didasarkan pada WHO *position paper* terbaru dan Permenkes

No. 12 tahun 2017 yang mengatur penyelenggaraan imunisasi di Indonesia dengan memperhatikan ketersediaan, keamanan, imunogenitas vaksin, epidemiologi PD3I dan hasil uji klinis vaksin di Indonesia. Perubahan terakhir dilakukan pada tahun 2020 dimana terdapat perubahan pada imunisasi Hepatitis B, IPV, BCG, DTP, Hib, Campak/MR/MMR, Japanese Encephalitis, Varicella, Hepatitis A dan Dengue (Soedjatmiko dkk., 2020).

Gambar 2. 2 Jadwal imunisasi anak umur 0-18 tahun rekomendasi IDAI tahun 2020

Imunisasi	Umur																								
	Bulan						Tahun																		
	Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	5	6	7	8	9	10	12	14	15	16	18	
Hepatitis B	1		2	3	4						5														
Polio	0	1	2	3							4														
BCG	1 kali																								
DTP			1	2	3						4			5											Td / Tdap
Hib			1	2	3						4														
PCV			1	2			3			4															
Rotavirus			1	2			3 (p)																		
Influenza							1																		Diulang setiap tahun 1 kali
MR / MMR								MR			MR / MMR			MR / MMR											
JE								1					2												
Varisela										2 kali, interval 6 minggu - 3 bulan															
Hepatitis A										2 kali, interval 6 - 36 bulan															
Tifoid												1													Diulang setiap 3 tahun 1 kali
HPV																									2 kali
Dengue																									3 kali, interval 6 bulan

Cara membaca kolom umur: misal [] berarti umur 2 bulan (60 hari) s.d. 2 bulan 29 hari (89 hari).
 Rekomendasi imunisasi berlaku setelah diterbitkan di Sari Pediatr. Dapat diakses pada website IDAI (<http://idai.or.id/public-artidev/clinik/immunsasi/jadwal-immunsasi-anak-idaai.html>)

 Primer
 Catch-up
 Booster
 Daerah Endemis

Untuk mengerjakan jadwal imunisasi dengan benar perlu dibaca keterangan di bawah ini dan uraian lengkap di majalah Sari Pediatr

- Vaksin hepatitis B (HB)** monovalen sebaiknya diberikan kepada bayi segera setelah lahir sebelum berumur 24 jam, didahului penyuntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Bayi dengan berat lahir kurang dan 2000g, imunisasi hepatitis B sebaiknya ditunda sampai berumur 1 bulan atau lebih, kecuali ibu HBsAg positif dan bayi bugar berikan imunisasi HB segera setelah lahir tetapi tidak dihitung sebagai dosis primer. Bayi lahir dan ibu HBsAg positif, segera berikan vaksin HB dan immunoglobulin hepatitis B (HBIG) pada elektrolit yang berbeda, maksimal dalam 7 hari setelah lahir. Imunisasi HB selanjutnya diberikan bersama DTP atau DTPa.
- Vaksin polio 0 (nol)**: sebaiknya diberikan segera setelah lahir. Apabila lahir di fasilitas kesehatan berikan BOPV-0 saat bayi pulang atau pada kunjungan pertama. Selanjutnya berikan BOPV atau IPV bersama DTPa atau DTPa. Vaksin IPV minimal diberikan 3 kali sebelum berumur 1 tahun bersama DTPa atau DTPa.
- Vaksin BCG**: sebaiknya diberikan segera setelah lahir atau segera mungkin sebelum bayi berumur 1 bulan. Bila berumur 3 bulan atau lebih BCG diberikan bila uji tuberkulin negatif. Bila uji tuberkulin tidak tersedia, BCG dapat diberikan. Bila timbul reaksi lokal cepat pada minggu pertama dilakukan pemeriksaan lanjutan untuk diagnosis tuberkulosis.
- Vaksin DTP**: dapat diberikan mulai umur 6 minggu berupa vaksin DTPa atau DTPa. Vaksin DTPa diberikan pada umur 2, 3, 4 bulan atau 2, 4, 6 bulan. Booster pertama diberikan pada umur 18 bulan. Booster berikutnya diberikan pada umur 5-7 tahun atau pada program BIAS kelas 1. Umur 7 tahun atau lebih menggunakan vaksin Td atau Tdap. Booster selanjutnya pada umur 10-18 tahun atau pada program BIAS kelas 5. Booster Td diberikan setiap 10 tahun.
- Vaksin pneumokokus (PCV)**: diberikan pada umur 2, 4 dan 6 bulan dengan booster pada umur 12-15 bulan. Jika belum diberikan pada umur 7-12 bulan, berikan PCV 2 kali dengan jarak 1 bulan dan booster setelah umur 12 bulan dengan jarak 2 bulan dari dosis sebelumnya. Jika belum diberikan pada umur 1-2 tahun berikan PCV 2 kali dengan jarak minimal 2 bulan. Jika belum diberikan pada umur 2-5 tahun, PCV10 diberikan 2 kali dengan jarak 2 bulan, PCV13 diberikan 1 kali.
- Vaksin rotavirus monovalen**: diberikan 2 kali, dosis pertama mulai umur 6 minggu, dosis kedua dengan interval minimal 4 minggu, harus selesai pada umur 24 minggu.
- Vaksin rotavirus pentavalen**: diberikan 3 kali, dosis pertama 6-12 minggu, dosis kedua dan ketiga dengan interval 4 sampai 10 minggu, harus selesai pada umur 32 minggu.
- Vaksin influenza**: diberikan mulai umur 6 bulan, diulang setiap tahun. Pada umur 6 bulan sampai 8 tahun imunisasi pertama 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu. Umur > 9 tahun, imunisasi pertama 1 dosis.
- Vaksin MR / MMR**: pada umur 9 bulan berikan vaksin MR. Bila sampai umur 12 bulan belum mendapat vaksin MR, dapat diberikan MMR. Umur 18 bulan berikan MR atau MMR. Umur 5-7 tahun berikan MR (dalam program BIAS kelas 1) atau MMR.
- Vaksin Japanese encephalitis (JE)**: diberikan mulai umur 9 bulan di daerah endemis atau yang akan bepergian ke daerah endemis. Untuk perlindungan jangka panjang dapat diberikan booster 1-2 tahun kemudian.
- Vaksin varisela**: diberikan mulai umur 12-18 bulan. Pada umur 1-12 tahun diberikan 2 dosis dengan interval 6 minggu sampai 3 bulan. Umur 13 tahun atau lebih dengan interval 4 sampai 6 minggu.
- Vaksin hepatitis A**: diberikan 2 dosis mulai umur 1 tahun, dosis ke-2 diberikan 6 bulan sampai 12 bulan kemudian.
- Vaksin tifoid polysakarida**: diberikan mulai umur 2 tahun dan diulang setiap 3 tahun.
- Vaksin human papilloma virus (HPV)**: diberikan pada anak perempuan umur 9-14 tahun 2 kali dengan jarak 6-15 bulan (atau pada program BIAS kelas 5 dan 6). Umur 15 tahun atau lebih diberikan 3 kali dengan jadwal 0,1,6 bulan (vaksin bivalent) atau 0,2,6 bulan (vaksin quadrivalent).
- Vaksin dengue**: diberikan pada anak umur 9-16 tahun dengan seropositif dengue yang dibuktikan adanya mayat pernah dirawat dengan diagnosis dengue (pemeriksaan antiben NS-1 dan atau uji serologi IgM/IgG antide dengue positif) atau dibuktikan dengan pemeriksaan serologi IgG anti dengue positif.

2.2.6 Imunisasi MR

Imunisasi MR (*Measles Rubella*) diberikan untuk memberikan perlindungan secara aktif dari penyakit campak (*measles*) dan rubela (campak Jerman). Vaksin MR sebagai imunisasi lanjutan diberikan dengan tujuan

memperoleh perlindungan optimal dengan mempertahankan dan memperpanjang kekebalan terhadap penyakit campak dan rubela. Vaksin MR berisi virus hidup yang dilemahkan. Berikut adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian imunisasi MR :

- a. Cara pemberian : injeksi subkutan
- b. Tempat pemberian : lengan kiri atas
- c. Dosis : 0,5 ml
- d. Kontra indikasi : riwayat reaksi anafilaktik pada pemberian imunisasi campak sebelumnya, individu pengidap penyakit defisiensi imun atau gangguan respon imun karena penyakit ganas seperti leukemia dan limfoma.

Imunisasi MR sebagai imunisasi dasar diberikan ketika bayi berusia 9 bulan, kemudian dilanjutkan sebagai imunisasi lanjutan pada Baduta ketika anak berusia 18-24 bulan. Setiap kali pemberian vaksin MR hanya diberikan satu dosis. Pemberian imunisasi MR lanjutan dilaksanakan minimal 6 bulan setelah pemberian dosis pertama. Selanjutnya, imunisasi MR lanjutan diberikan kembali ketika anak berada di kelas 1 SD (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Setelah pemberian imunisasi, bisa terjadi beberapa efek samping yang disebut sebagai Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI). KIPI dapat berupa reaksi vaksin, reaksi suntikan, efek farmakologis, kesalahan prosedur, koinsiden, atau hubungan kausal yang tidak dapat ditentukan. KIPI dapat diartikan sebagai kejadian sakit setelah imunisasi yang berhubungan dengan pemberian imunisasi tersebut (Hadinegoro, 2016). Pada pemberian imunisasi MR, KIPI yang dapat terjadi antara lain :

Tabel 2. 1 KIPI pada imunisasi MR

KIPI	Waktu Pasca Imunisasi
Demam 3 hari	8-12 hari
Trombositopenia	7-30 hari
Manifestasi penyakit campak (pasien imunokompromi)	6 bulan
Komplikasi akut, kecacatan, kematian	-

Untuk menangani KIPI dapat dilakukan beberapa hal seperti pemberian minum lebih banyak kepada anak. Minuman yang diberikan bisa berupa ASI atau sari buah. Jika anak demam bisa dipakaikan pakaian yang tipis dan diberikan parasetamol 15 mg/kgBB setiap 3-4 jam dengan pemberian maksimal 6 kali dalam 24 jam. Anak juga dapat dimandikan atau diseka dengan kain yang dibasahi air hangat. Jika ada nyeri pada bekas suntikan bisa dikompres menggunakan air dingin. Jika KIPI yang terjadi memberat atau menetap anak bisa dibawa ke fasilitas kesehatan untuk menerima penanganan lebih lanjut (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

2.2.7 Jadwal Imunisasi Lanjutan Anak Usia Sekolah

Pemberian imunisasi lanjutan pada anak usia sekolah dilaksanakan saat Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS). Program BIAS dilakukan untuk memberikan perlindungan lebih lanjut terhadap penyakit campak, rubela, difteri, dan tetanus pada anak-anak usia SD. BIAS dilaksanakan dengan jadwal sebagai berikut (Permenkes No 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017):

Tabel 2. 2 Jadwal imunisasi lanjutan anak usia sekolah

Sasaran	Imunisasi	Waktu
Kelas 1 SD	MR	Agustus
Kelas 1 SD	DT	November
Kelas 5 SD	Td	November

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang didapatkan dari mengindra suatu objek (Irwan, 2020). Hasil pengamatan dari proses pengindraan yang diolah dengan akal budi manusia akan memunculkan pengetahuan mengenai benda atau kejadian yang belum diketahui sebelumnya. Panca indera yang digunakan untuk mendapatkan pengetahuan adalah mata untuk melihat, telinga untuk mendengar, hidung untuk menghidu, lidah untuk merasa, dan kulit untuk meraba. Pengetahuan kebanyakan diperoleh melalui penglihatan dan pendengaran (Hutagalung, 2021). Adanya pengetahuan memungkinkan seseorang untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap suatu hal (Irwan, 2020). Pengetahuan kesehatan merupakan salah satu domain dari perilaku kesehatan. Seseorang dapat dikatakan telah memiliki pengetahuan kesehatan jika mengetahui cara pemeliharaan kesehatan, penyakit menular, faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan cara menghindari kecelakaan (Sinaga dkk., 2021).

2.2.2 Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoadmodjo didalam Hutagalung (2021) ada beberapa faktor yang memengaruhi pengetahuan, diantaranya adalah pengalaman, tingkat

pendidikan, keyakinan, fasilitas, penghasilan, dan sosial budaya yang dijelaskan sebagai berikut:

- a. Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain dan seringkali dihubungkan dengan usia seseorang.
- b. Tingkat pendidikan akan memengaruhi pengetahuan seseorang karena pendidikan memberikan wawasan yang baru di setiap tingkatannya. Umumnya, tingkat pendidikan tinggi berarti memiliki pengetahuan yang lebih luas.
- c. Keyakinan dapat bersifat turun-temurun dan memengaruhi pengetahuan seseorang secara negatif maupun positif.
- d. Fasilitas yaitu sumber informasi yang mumpuni dapat menambah pengetahuan seseorang.
- e. Penghasilan memengaruhi pengetahuan secara tidak langsung melalui fasilitas-fasilitas yang dapat diakses untuk memperoleh pengetahuan.
- f. Sosial budaya memengaruhi pengetahuan, sikap, dan persepsi seseorang melalui kebudayaan dan kebiasaan yang dipercayai.

2.2.3 Tingkatan Pengetahuan

Menurut Irwan (2017) dan Srimayati (2020) pengetahuan sebagai dimensi dari proses kognitif memiliki tingkatan sebagai berikut:

- a. Tahu (*know*), berarti dapat mengingat dan mengenali memori atau stimulus yang telah diterima sebelumnya.
- b. Memahami (*comprehension*), berarti dapat mengaitkan dan mengintegrasikan pengetahuan yang baru diterima dengan pengetahuan yang telah dimiliki sebelumnya. Setelah memahami seseorang diharapkan

dapat menjelaskan, menginterpretasi dan menyimpulkan pengetahuan tersebut.

- c. Mengaplikasikan (*application*), berarti dapat menerapkan pengetahuan yang didapat untuk menyelesaikan masalah atau mengerjakan tugas di dalam kehidupan nyata.
- d. Menganalisis (*analyzing*), berarti dapat menguraikan dan mencari hubungan antara pengetahuan dengan realita.
- e. Sintesis (*synthesis*), berarti dapat menyusun atau merangkum pengetahuan baru dari pengetahuan-pengetahuan yang telah dimiliki sebelumnya.
- f. Evaluasi (*evaluation*), berarti dapat menilai dan membuat pertimbangan berdasarkan kriteria atau standar yang telah ada.

2.3 Sikap

2.3.1 Pengertian Sikap

Sikap adalah kecenderungan respon seperti berpikir, berpersepsi, dan bertindak terhadap suatu stimulus, orang, objek, atau situasi tertentu. Sikap dapat berupa respon negatif maupun positif yang terbentuk setelah mendapatkan informasi, melihat, atau mengalami sesuatu (Irwan, 2020). Sikap kesehatan adalah pendapat atau penilaian yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, penyakit menular dan tidak menular, faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan, fasilitas kesehatan dan cara untuk menghindari kecelakaan (Sinaga dkk., 2021).

Terdapat 3 komponen sikap, yaitu kognitif, afektif, dan konotatif. Komponen kognitif berkaitan dengan pengetahuan sebagai hasil olah pikiran manusia terhadap stimulus. Komponen afektif berkaitan dengan penilaian

emosional seseorang terhadap stimulus berdasarkan apa yang telah diketahui sebelumnya. Komponen konatif berkaitan dengan kecenderungan/kemauan untuk bertindak (Hutagalung, 2021).

2.3.2 Faktor yang Memengaruhi Sikap

Faktor-faktor yang memengaruhi sikap antara lain (Hutagalung, 2021):

- a. Pengetahuan, didapatkan dari pengalaman langsung atau pengalaman orang lain yang dipercaya. Pengetahuan dapat mengubah keyakinan dan paradigma terhadap suatu hal dan akhirnya memengaruhi sikap seseorang terhadap hal tersebut.
- b. Kepercayaan, sebagai cerminan terhadap sikap yang diambil. Misalnya kepercayaan keluarga terhadap pelayanan kesehatan oleh rumah sakit tertentu akan membuat seseorang memilih berobat ke rumah sakit tersebut.
- c. Kebudayaan, memengaruhi seseorang untuk menerima atau menolak. Kebudayaan didapatkan dari pengalaman, pembacaan dan kondisi (agama, pendidikan, paradigma).

2.3.3 Tingkatan Sikap

Menurut Notoadmodjo terdapat beberapa tingkatan sikap yaitu menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab (Irwan, 2020).

- a. Menerima (*receiving*), yaitu orang sebagai subjek mau dan memperhatikan stimulus atau objek yang diberikan.
- b. Merespon (*responding*), yaitu memberikan tanggapan terhadap pertanyaan, serta mengerjakan dan menyelesaikan tugas.

- c. Menghargai (*valuing*), yaitu subjek memberikan nilai positif terhadap objek seperti berdiskusi, mengajak, memengaruhi atau menganjurkan kepada orang lain.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*), berarti berani mempertanggung jawabkan pilihannya dengan segala risiko yang ada.