

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Pembangunan kesehatan adalah bagian yang tidak dapat dipisahkan dari pembangunan nasional, karena masalah kesehatan menyentuh hampir semua aspek kehidupan manusia. Oleh sebab itu pembangunan kesehatan sangat terkait dengan keadaan Demografi, kondisi ekonomi masyarakat dan pendidikan mereka. Meskipun tujuan akhir dari upaya pembangunan kesehatan adalah seluruh lapisan masyarakat, secara operasional dipilih golongan sasaran secara bertahap. Hal ini dilakukan mengingat kepentingan yang mendesak dan keterbatasan dana, sarana dan prasarana maka diadakan urutan prioritas. Prioritas utama yang dipilih adalah kesehatan anak, karena kesehatan anak merupakan salah satu modal bagi keberhasilan pembangunan bangsa, yang pada akhirnya akan menghasilkan bangsa dan negara yang sehat sentosa (Supraptini *et al*, 2003).

Pembangunan nasional jangka panjang menitikberatkan pada kualitas hidup sumber daya manusia yang prima. Untuk itu kita bertumpu pada generasi muda yang memerlukan asuhan dan perlindungan terhadap penyakit yang mungkin dapat menghambat tumbuh kembangnya menuju dewasa yang berkualitas tinggi guna meneruskan pembangunan nasional jangka panjang tersebut (Ranuh *et al*, 2008).

Pembangunan kesehatan juga tidak terlepas dari komitmen Indonesia sebagai warga masyarakat dunia untuk ikut merealisasikan tercapainya *Millenium Development Goals* (MDGs). Dalam MDGs tersebut, kesehatan dapat dikatakan sebagai unsur dominan, karena dari delapan agenda MDGs lima diantaranya berkaitan langsung dengan kesehatan, dan tiga yang lain berkaitan secara tidak langsung. Lima agenda yang berkaitan langsung dengan kesehatan itu adalah Agenda ke 1 (Memberantas kemiskinan dan kelaparan), Agenda ke 4 (Menurunkan angka kematian anak), Agenda ke 5 (Meningkatkan kesehatan ibu), Agenda ke 6 (Memerangi HIV dan AIDS, Malaria, dan penyakit lainnya), serta Agenda ke 7 (Melestarikan lingkungan hidup) (Kemenkes R.I. 2010).

Tingkat kesehatan suatu negara umumnya diukur dengan *mortalitas* (angka kematian). Hal ini memang tampak paradoks, namun secara administratif lebih mudah mencatat angka kematian dan penyebabnya dibandingkan *morbiditas* (angka kesakitan) yang lebih sulit untuk ditentukan, bahkan untuk beberapa penyakit umumnya penyakit infeksi (Meadow & Newell, 2005).

Angka Kematian Bayi (AKB) dapat didefinisikan sebagai banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Angka Kematian Balita (AKABA) merupakan jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKABA mempresentasikan peluang terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum umur 5 tahun. AKB merupakan indikator yang biasanya digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu banyak upaya kesehatan yang dilakukan dalam rangka menurunkan AKB (Kemenkes R.I. 2010).

Sistem kesehatan nasional imunisasi adalah salah satu bentuk intervensi kesehatan yang sangat efektif dalam upaya menurunkan angka kematian bayi dan balita. Dasar utama pelayanan kesehatan, bidang preventif merupakan prioritas. Penurunan insidens penyakit menular telah terjadi berpuluh-puluh tahun yang lampau di negara-negara maju yang telah melakukan imunisasi dengan teratur dengan cakupan luas. Demikian juga di Indonesia, dinyatakan bebas penyakit cacar tahun 1972 dan penurunan insidens beberapa penyakit menular secara mencolok terjadi sejak tahun 1985, terutama untuk penyakit difteria, tetanus, pertusis, campak dan polio (Ranuh *et al*, 2008).

Seperti diketahui penyakit menular disebabkan oleh infeksi berbagai organisme maupun mikroorganisme di antaranya bakteri dan virus. Contoh penyakit menular yang disebabkan infeksi bakteri misalnya : difteri, pertusis, tuberkulosis, dan tetanus sedangkan yang disebabkan oleh virus misalnya : Hepatitis, polio, dan campak. Penyakit – penyakit di atas sebetulnya sudah dapat dicegah melalui imunisasi (Muchlastriningsih, 2005)

Penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan dengan

pelaksanaan program imunisasi. Yang mencakup penyakit Difteri, pertusis (batuk rejan), tetanus, tetanus neonatorum, campak, polio, dan hepatitis B (Depkes R.I. 2007). Diperkirakan 1,7 juta kematian pada anak atau 5 % pada balita di Indonesia adalah akibat Penyakit Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Agar target nasional dan global untuk mencapai eradikasi, eliminasi, dan reduksi terhadap PD3I dapat dicapai, cakupan imunisasi harus dipertahankan tinggi dan merata sampai mencapai tingkat *Population Immunity* (kekebalan masyarakat) yang tinggi. Salah satu program yang telah terbukti efektif untuk menekan angka kesakitan dan kematian akibat PD3I adalah imunisasi.

Angka kematian bayi dalam dua dasawarsa terakhir ini menunjukkan penurunan yang bermakna. Apabila pada tahun 1971 sampai 1980 memerlukan sepuluh tahun untuk menurunkan AKB dari 142 menjadi 112 per 1.000 kelahiran hidup, maka hanya dalam kurun waktu lima tahun, yaitu tahun 1985 sampai 1990 Indonesia berhasil menurunkan AKB dari 71 menjadi 54 dan bahkan dari data 2001 telah menunjukkan angka 48 per 1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia 2001). Penurunan tersebut diikuti dengan menurunnya angka kematian balita (AKABA) yang telah mencapai 56 per 1.000 kelahiran hidup. Prestasi yang gemilang tersebut tidak lain disebabkan karena penggunaan teknologi tepat guna selama itu, yaitu memanfaatkan dengan baik Kartu Menuju Sehat (KMS) dalam memantau secara akurat tumbuh kembang anak, peningkatan penggunaan ASI, pemberian segera cairan oralit pada setiap kasus diare pada anak dan pemberian imunisasi pada anak balita sesuai Program Pengembangan Imunisasi (PPI) yaitu BCG, Polio, Hepatitis B, DPT, dan Campak (Ranuh *et al*, 2008).

Pengembangan Program Imunisasi (PPI) merupakan program pemerintah dalam bidang imunisasi guna mencapai komitmen internasional yaitu *Universal Child Immunization* (UCI). Program UCI secara nasional dicapai pada tahun 1990, yaitu cakupan DPT 3, Polio 3, dan campak minimal 80 % sebelum umur 1 tahun. Sedangkan cakupan untuk DPT 1, Polio 1, dan BCG minimal 90 % (Ranuh *et al*, 2008). Imunisasi dasar lengkap dalam PPI adalah BCG, Polio, DPT, campak, dan hepatitis B.

Pencapaian *Universal Child Immunization* (UCI) pada dasarnya merupakan proksi terhadap cakupan atas imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), ibu hamil, WUS, dan anak sekolah dasar. Desa UCI merupakan gambaran desa/kelurahan dengan  $\geq 80\%$  jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun. Pencapaian tertinggi terjadi pada tahun 2005 yaitu 76,23%. Tahun 2008 terdapat 74,02% desa/kelurahan UCI di Indonesia. Provinsi dengan pencapaian desa/kelurahan UCI tertinggi pada tahun 2008 adalah Jawa Tengah (86,59%) dan terendah di Maluku Utara (49,22%). Dari 33 provinsi di Indonesia, 14 provinsi mencapai cakupan imunisasi campak  $\geq 90\%$ , 13 provinsi mencapai cakupan 80%-90%, dan 6 provinsi masih dibawah 80%. Cakupan tertinggi dicapai DKI Jakarta (104,3%), DI Yogyakarta (99,5%), dan Jawa Tengah (99,3%). Sedangkan cakupan terendah adalah Papua (58,6%), Maluku (68,7%), dan Nangroe Aceh Darussalam (70%) (Depkes, 2009).

Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) dan Departemen Kesehatan (Depkes) menyarankan agar setiap anak wajib mendapatkan imunisasi dasar sesuai dengan waktu yang dianjurkan secara lengkap dan sesuai dengan jadwal pemberian imunisasi. Hal ini dimaksudkan agar anak mendapatkan kekebalan tubuh dari penyakit – penyakit yang sering menyerang anak – anak secara optimal. Kekebalan tubuh yang didapat anak dari imunisasi ini tidak lepas dari peran ibu yang merupakan orang yang paling dekat dengan bayi, sehingga tepat atau tidaknya waktu pelaksanaan imunisasi pada bayi bergantung dari perilaku ibu. Perilaku ibu dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang imunisasi, bila pengetahuan ibu tentang imunisasi kurang, tidak merasa butuh atau sekedar ikut – ikutan tentunya pemberian imunisasi pada anaknya tidak sesuai dengan jadwal sehingga mengakibatkan tidak lengkapnya imunisasi yang diberikan terhadap anaknya, namun apabila pengetahuan ibu tentang imunisasi baik diharapkan pemberian imunisasi dapat sesuai jadwal, sehingga program imunisasi memenuhi kuantitas dan kualitas kesehatan bayi dan balita, akhirnya berdampak pada peningkatan status kesehatan dan sumber daya masyarakat di masa depan (Utami, 2010).

Tanggung jawab keluarga terutama para ibu terhadap imunisasi bayi/balita sangat memegang peranan penting sehingga akan diperoleh suatu manfaat terhadap keberhasilan imunisasi serta peningkatan kesehatan anak. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh komponen-komponen pendorong yang menggambarkan faktor-faktor individu secara tidak langsung berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan yang mencakup beberapa faktor, terutama faktor pengetahuan ibu tentang kelengkapan status imunisasi dasar bayi atau anak. Komponen pendukung antara lain kemampuan individu menggunakan pelayanan kesehatan yang diperkirakan berdasarkan pada faktor pendidikan, pengetahuan, sumber pendapatan atau penghasilan (Depkes, 2000).

Penelitian sebelumnya yang juga meneliti tentang pengetahuan dengan kelengkapan imunisasi dilakukan oleh Arif Kurniawan (2004), dengan judul “Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Formal Ibu Dengan Kelengkapan Imunisasi Yang Dilakukan Ibu Terhadap Anaknya di Pelem, Simo, Boyolali” didapatkan kesimpulan ada hubungan antara tingkat pendidikan formal ibu dengan kelengkapan imunisasi yang dilakukan ibu terhadap anaknya di Pelem, Simo, Boyolali, pada taraf signifikan 5% dengan derajat kebebasan (db) = 4. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Marda Utami (2010) dengan judul “Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Imunisasi Terhadap Kelengkapan Imunisasi Balita di Puskesmas Ngawen II Kabupaten Gunungkidul” didapatkan hasil tidak ada hubungan antara pengetahuan ibu tentang imunisasi terhadap kelengkapan imunisasi balita karena sebagian besar balita di wilayah tersebut telah mendapatkan imunisasi lengkap. Penelitian yang juga dilakukan oleh Romadhona Permatasari dengan judul “Hubungan Tingkat Pendidikan Formal Ibu Terhadap Kelengkapan Imunisasi Pada Anak Usia 2 Tahun di Kelurahan Semanggi Surakarta” didapatkan hasil tidak terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan formal ibu dengan kelengkapan pelaksanaan imunisasi anak usia 2 tahun di wilayah tersebut.

Berdasarkan latar belakang di atas dan dari data – data yang di sajikan di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti hubungan antara pengetahuan tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi yang dilakukan ibu terhadap anaknya di

Desa Wonorejo Polokarto Sukoharjo.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut : “Apakah ada Hubungan Antara pengetahuan tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi yang dilakukan ibu terhadap anaknya di Desa Wonorejo, Polokarto, Sukoharjo?”

## **C. Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi yang dilakukan ibu terhadap anaknya di Desa Wonorejo, Polokarto, Sukoharjo.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Teoritis

Sebagai pertimbangan masukan untuk menambah wawasan tentang hubungan antara pengetahuan tentang imunisasi dengan kelengkapan imunisasi yang dilakukan ibu terhadap anaknya di Desa Wonorejo Polokarto Sukoharjo.

### 2. Praktis

#### a. Institusi

Hasil penelitian ini sebagai bahan pertimbangan dalam rangka pembinaan dan pengembangan kecamatan yang bersangkutan, terutama bagi desa UCI (*Universal Child Immunization*) belum mencapai target.

#### b. Profesi.

Sebagai bahan pertimbangan bagi profesi kebidanan kedokteran dalam memberikan Pelayanan imunisasi dasar pada bayi.

#### c. Masyarakat

Masyarakat bisa mengetahui serta memahami tentang program imunisasi untuk selanjutnya dapat berperan aktif dalam mensukseskan program imunisasi.