# PERBEDAAN PENGETAHUAN ANTARA SEBELUM DAN SESUDAH PELATIHAN MENGENAI IMUNISASI LENGKAP BALITA PADA KADER POSYANDU DESA GUNUNG TIGA, KECAMATAN ULUBELU, KABUPATEN TANGGAMUS, LAMPUNG

(Skripsi)

## Oleh Alvin Widya Ananda



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG

2019

#### **ABSTRACT**

THE DIFFERENCES OF KNOWLEDGE BEFORE AND AFTER TRAINING ABOUT COMPLETE IMMUNIZATION OF CHILDREN ON POSYANDU CADRES AT GUNUNGTIGA VILLAGE, ULUBELU DISTRICT, TANGGAMUS REGENCY, LAMPUNG

By

## Alvin Widya Ananda

**Background:** The coverage of infant immunization in 2015 in Lampung province in the form of BCG immunization was 95.20%, DPT3 was 99.70% and measles was 99.6%. However, there are still districts that do not reach the target of measles immunization (<90%), namely Tanggamus, Pesawaran, Tulang Bawang Barat and Bandar Lampung districts. the implementation of immunization in children is an effort to reduce the incidence of diseases that can be prevented by immunization, namely tuberculosis, diphtheria, pertussis, measles, polio, tetanus and hepatitis B. However, the distribution of health workers is uneven and the knowledge of health cadres about under-five childhood immunization so immunization coverage is still low.

**Method:** This study used the quassy experimental method with the design of one group pretest-posttest design. The sampling technique is total sampling. The research was conducted from April to July 2018, located in Gunungtiga Village, Ulubelu District, Tanggamus Regency, Lampung. The samples that were obtained were 18 Posyandu cadres.

**Results:** The mean value of the knowledge pre-test is 36,67, while the mean value of the post-test knowledge is 83,33. The results of the bivariate analysis p = 0,000. **Conclusion:** There was a significant difference between the training regarding the complete immunization of Child for the knowledge of Posyandu cadres in Gunungtiga Village.

Keywords: complete immunization, training, knowledge, posyandu cadres.

#### **ABSTRAK**

PERBEDAAN PENGETAHUAN ANTARA SEBELUM DAN SESUDAH PELATIHAN MENGENAI IMUNISASI LENGKAP BALITA PADA KADER POSYANDU DI DESA GUNUNGTIGA KECAMATAN ULUBELU KABUPATEN TANGGAMUS LAMPUNG

Oleh

Alvin Widya Ananda

Latar Belakang: Cakupan Imunisasi Bayi pada tahun 2015 pada provinsi lampung berupa imunisasi BCG sebesar 95,20%, DPT3 sebesar 99,70% dan campak sebesar 99,6%. Namun masih ada kabupaten yang tidak mencapai target imunisasi campak (< 90%) yaitu kabupaten Tanggamus, Pesawaran, Tulang Bawang Barat dan Bandar Lampung. pelaksanaan imunisasi pada anak merupakan upaya menurunkan kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi ,yaitu tuberkulosis, difteri, pertusis, campak, polio, tetanus serta hepatitis B. Akan tetapi, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata dan rendahnya pengetahuan kader kesehatan tentang imunisasi lengkap balita, sehingga cakupan imunisasi masih rendah.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode *quassy experimental* dengan rancangan *one group pretest-posttest design*. Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling*. Penelitian dilaksanakan periode April- Juli 2018, bertempat di Desa Gunungtiga, Kecamatan Ulubelu, Kabupaten Tanggamus, Lampung. Sampel yang berhasil didapatkan adalah 18 orang kader posyandu.

**Hasil:** Hasil nilai mean dari *pre-test* pengetahuan sebesar 36,67, sedangkan nilai mean dari *post-test* pengetahuan adalah 83,33. Hasil analisis bivariat p=0,000.

**Simpulan:** Terdapat perbedaan yang bermakna antara pelatihan mengenai imunisasi lengkap balita terhadap pengetahuan kader posyandu Desa Gunungtiga.

Kata Kunci: imunisasi lengkap, pelatihan, pengetahuan, kader posyandu.

# PERBEDAAN PENGETAHUAN ANTARA SEBELUM DAN SESUDAH PELATIHAN MENGENAI PENTINGNYA IMUNISASI LENGKAP BALITA PADA KADER POSYANDU DESA GUNUNGTIGA, KECAMATAN ULUBELU, KABUPATEN TANGGAMUS, LAMPUNG

## Oleh ALVIN WIDYA ANANDA

## Skripsi Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar SARJANA KEDOKTERAN

# Pada Jurusan Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS LAMPUNG BANDAR LAMPUNG 2019

PUNG UM Judul Skripsi AMPUNG UM: PERBEDAAN PENGETAHUAN ANTARA NG UMVERSITAS SEBELUM DAN SESUDAH PELATIHAN **MENGENAI IMUNISASI LENGKAP** MPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS MPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS KABUPATEN TANGGAMUS, LAMPUNG

MPUNG UNIVERSITAS LAMPUNGUNIVE

Nama Mahasiswa UNGUNI : Alvin Widya Ananda UNIVERSITAS I AMPUNG UNIVERSITAS

No. Pokok Mahasiswa : 1518011108

MPUNG UNNERST

Pendidikan Kedokteran NIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

MPUNG UNIVERSITAS L

MPUNG UNIVERSITAS LAMPUN

MPUNG UNIVERSIT

MPUNG UM Fakultas A LAMPUNG UN: Kedokteran AMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

**MENYETUJUI** 

1. Komisi Pembimbing

dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc. NIP 19780903200604 2 001

Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes. NIP 19781009200501 1 001

INVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS 2. Dekan Eakultas Kedokteran

Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA MPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG NIP 19701208 200112 1 001

## MPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS APUNG UNIVERSITAS LAMPUNGUNIVER

APUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUN APUNG UNIVER I. Tim Penguji PUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

MPUNG UNIVER Ketua AMPUNG dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc.

Sekretaris / D

APUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSI

Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked., M.Kes

PUNG UNIVERSITAS LAMPUNGUNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS IPUNG UNIVERSITAS. LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

IPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

PUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

Bukan Pembimbing dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., M. P. H APUNG UNIVERSITY

2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA UNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

PUNG UNIVER NIP 19701208 200112 1 001 STAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

PUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS IPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS LAMPUNG UNIVERSITAS

#### LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

- 1. Skripsi dengan judul "PERBEDAAN PENGETAHUAN ANTARA SEBELUM DAN SESUDAH PELATIHAN MENGENAI IMUNISASI LENGKAP BALITA PADA KADER POSYANDU DESA GUNUNG TIGA, KECAMATAN ULUBELU, KABUPATEN TANGGAMUS, LAMPUNG" adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
- 2. Hak intelektualitas atas karya ilmiah ini saya serahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas penyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 25 Januari 2019

Pembuat pernyataan,

ya Ananda

NPM. 1518011108

#### **RIWAYAT HIDUP**

Penulis bernama lengkap Alvin Widya Ananda dengan nama panggilan Alvin, lahir di Jakarta pada 15 Maret 1998, dan berdomisili di Kota Administrasi Jakarta Barat. Tepatnya di Kelurahan Angke, Kecamatan Tambora. Penulis merupakan anak pertama dari Bapak Slamet Widodo Radoel SH., dan Ibu Maria Suyanti. Penulis menempuh pendidikan Sekolah Dasar (SD) di SDN 01 Angke pada tahun 2003, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMP Negeri 82 Jakarta diselesaikan pada tahun 2012, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMA Negeri 78 Jakarta diselesaikan pada tahun 2015.

Penulis melanjutkan jenjang Strata Satu (S1) pada tahun 2015, sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung (FK Unila) melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN). Selama menjadi mahasiswa penulis aktif berorganisasi, diawali dengan menjadi staff Leadership Development Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia (ISMKI) pada tahun 2015/2016, Kepala bidang Biro Bina Baca Quran (BBQ) Forum Studi Islam (FSI) Ibnu Sina FK Unila periode 2016/2017, dan menjadi Staff Ahli bidang PSDM Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) kabinet Atyasa periode 2017/2018.

#### **SANWACANA**

Puji serta rasa syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberi ridho, karunia, serta kekuatan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Perbedaan Pengetahuan Antara Sebelum Dan Sesudah Pelatihan Mengenai Imunisasi Lengkap Balita Pada Kader Posyandu Di Desa Gunungtiga Kecamatan Ulubelu Kabupaten Tanggamus Lampung" sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Kedokteran di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini tak lupa penulis sampaikan ucapan terima kasih kepada:

- Bapak Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung.
- 2. Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes, Sp.PA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- dr. Fitria Saftarina, S.Ked., M.Sc., selaku Pembimbing Utama yang bersedia membimbing serta meluangkan waktunya untuk mengajarkan, mengarahkan, serta memberi masukan yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi ini.

- 4. Dr. dr. Betta Kurniawan, M.Kes., selaku Pembimbing Kedua atas kesediaannya untuk memberikan bimbingan, motivasi serta mengarahkan dalam penulisan selama proses penyelesaian skripsi ini.
- 5. dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., M.PH., selaku Penguji Utama pada ujian skripsi yang telah bersedia menjadi penguji utama penulis serta untuk motivasi dan saran-saran yang telah diberikan.
- Dr. dr. Susianti, S.Ked., M.Sc., selaku Pembimbing Akademik yang telah mengarahkan dan membimbing saya selama menempuh kuliah di fakultas kedokteran.
- Kepada ayahanda Slamet Widodo Radoel SH. dan ibunda Maria Suyanti yang selalu memberi dukungan moral maupun material untuk kelancaran penulis dalam menyelesaikan skripsi
- 8. keluarga besar almarhum H. Abdul Ghani (Radoel) di Pemalang, Jawa Tengah dan keluarga besar Sutrisno di Cilacap, Jawa Tengah yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu yang memberi dukungan dan motivasi
- 9. Kepala Desa Gunungtiga Bapak Hendri Tamsidi, seluruh Aparatur pemerintahan Pekon Gunungtiga Bidan Desa Gunungtiga, dan Bidan Suyati yang membantu dalam penelitian ini.
- 10. Kader posyandu Desa Gunungtiga yang telah meluangkan waktunya untuk penelitian ini.
- 11. Seluruh Dosen FK Unila atas ilmu dan pengalaman berharga yang telah diberikan kepada penulis.

- 12. Seluruh Staf Akademik, Tata Usaha, dan Administrasi FK Unila, serta pegawai yang turut membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam proses penyusunan skripsi ini.
- 13. Teruntuk Sahabat saya sejak kecil yaitu Nanda Yuditya Pramesti, Dandi Septianto, dan Muhammad Farhan.
- 14. Teman dan kakak seperjuangan di Lampung, Muryadi Saputra, Aris, Brian Raynold Pangondian, dan Abdul Rois Romdhon. Semoga silaturahmi selalu terjaga.
- 15. Terimakasih kepada tim PKM-M PERIKARDIUM, Haekal Alfhad, Charisatus Sidqotie, M. Yogi Maryadi, dan Rika Rahmawati, serta seluruh kontingen PIMNAS ke-31 Universitas Lampung.
- 16. Sahabat-sahabat penulis yaitu M. Pridho Gaziansyah, M. Rizki Fathurrohim, M. Irfan Adi Shulhan, Mustofa, Leonardo Arwin Hadi Wijaya, Bagas Adji Prasetyo, Nyoman Mupu Murtane, Pramastha Candra Sasmita, Geri Indra Herlambang, A. Rialdi Prananda, Joko Widodo, Thoriq Aziz, Thare Pratama Petisa dan Sukma Nugroho. Terimakasih untuk kebaikannya dalam mengajarkan makna kehidupan di perantauan.
- 17. Keluarga sekaligus rekan kerja organisasi , FSI Ibnu Sina FK Universitas Lampung, Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Indonesia, dan BEM FK Universitas Lampung. Terima kasih atas kebersamaan dan pengalamannya.
- 18. Teman-teman angkatan 2015 serta kakak-kakak dan adik-adik tingkat (angkatan 2002-2018) yang bersama-sama turut membantu, berjuang dalam satu visi, dan mengajarkan arti solidaritas.

xii

Demikian yang bisa saya sampaikan, Penulis sebagai manusia biasa menyadari

sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini. Namun,

Penulis berharap skripsi ini tidak hanya semata-mata hanya untuk memenuhi

persyaratan saja. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat menambah ilmu

pengetahuan dan memberikan manfaat bagi masyarakat luas. Aamiin.

Bandar Lampung, 9 Januari 2019

Penulis

Alvin Widya Ananda

# **DAFTAR ISI**

DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Pengetahuan	7
2.2 Pendidikan dan Promosi Kesehatan	10
2.3 Imunisasi	
2.4 Posyandu	31
2.5 Kerangka Teori	37
2.6 Kerangka Konsep	38
2.7 Hipotesis	
BAB III METODE PENELITIAN	39
3.1 Rancangan Penelitian	39
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	
3.4 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi	40
3.5 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional Variabel	41
3.6 Instrumen dan Prosedur Penelitian	42
3.7 Alur Penelitian	43
3.8 Pengolahan dan Analisis Data	44
3.9 Etik Penelitian	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	48
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	48
4.2 Hasil	49
4.3 Pembahasan	54
4.4 keterbatasan	59
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	60
5.1 Kesimpulan	60
5.2 Saran	
DAFTAR PUSTAKA	
I AMPIRAN	64

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar						I	Halaman
Gambar 1.	Kerangka	a Konsep					37
Gambar 2.	Kerangka	a Teori					38
Gambar 3	3.Model	Rancangan	The	One	Group	Pretest-posttest	Design
(Syamsudd	lin dan Da	amayanti, 201	1)			•••••	39
Gambar 4.	Alur Pen	elitian					43

# DAFTAR TABEL

Гabel	Halaman
Tabel 1. Definisi Operasional Variabel	41
Tabel 2. Interpretasi nilai R (Arikunto, 2010)	45
Tabel 3. Kategori Nilai Spearman brown (Nurcahyo, 2015)	45
Tabel 4. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (N=18)	50
Tabel 5. Hasil Uji Validitas Kuisioner Imunisasi	51
Tabel 6. Hasil Uji Reliabilitas Kuisioner Imunisasi	51
Tabel 7. Hasil Skor <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Kader Posyandu Desa Gunungt	iga 52
Tabel 8. Hasil Uji T Berpasangan	53

## BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Program imunisasi dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1956. Kementerian Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak dalam upaya menurunkan kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) ,yaitu tuberkulosis, difteri, pertusis, campak, polio, tetanus serta hepatitis B (Riskesdas, 2013).

Dalam Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 dinyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan untuk mencegah terjadinya peyakit yang dapat dihindari melalui imunisasi dan pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak. Penyelenggaraan imunisasi tertang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2013 (Kemenkes RI, 2009).

Sekitar 21,7 juta anak pada tahun 2013 tidak mendapatkan imunisasi. Pelaksanaan imunisasi dapat mencegah 2-3 juta kematian setiap tahun akibat penyakit difteri, tetanus, pertusis, dan campak pada tahun 2014, namun pada tahun 2014 terdapat 18,7 juta bayi diseluruh dunia tidak mendapat imunisasi rutin DPT3, yang lebih dari 60% dari anak-anak ini tinggal di 10 negara yaitu

Republik Demokrasi Kongo, Eutopia, India, Indonesia, Iraq, Nigeria, Pakistan, Philipina, Uganda, dan Afrika Selatan (WHO, 2018).

Dari 194 negara anggota WHO, 65 di antaranya memiliki cakupan imunisasi Difteri, Pertusis dan Tetanus (DPT) di bawah target global 90%. Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) mencapai 86,8%,dan perlu ditingkatkan hingga mencapai target 93% di tahun 2019. Universal Child Immunization (UCI) desa yang kini mencapai 82,9% perlu ditingkatkan hingga mencapai 92% di tahun 2019 (Depkes RI, 2015).

Berdasarkan statistik, jenis imunisasi persentase tertinggi adalah BCG (87,6%) dan terendah adalah DPT-HB3 (75,6%). Papua mempunyai cakupan imunisasi terendah untuk semua jenis imunisasi, meliputi HB-0 (45,7%), BCG (59,4%), DPT-HB 3 (75,6%), Polio 4 (48,8%), dan campak (56,8%). Provinsi DI Yogyakarta mempunyai cakupan imunisasi tertinggi untuk jenis imunisasi dasar HB-0 (98,4%), BCG (98,9%), DPT-HB 3 (95,1%), dan campak (98,1%) sedangkan cakupan imunisasi polio 4 tertinggi di Gorontalo (95,8%) (Riskesdas, 2013).

Hasil statistik dari Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Indonesia menyatakan bahwa cakupan imunisasi dasar pada balita berdasarkan provinsi tahun 2017 adalah 4.299.095 bayi (90,8%) dengan rincian Imunisasi BCG (89,1%), HB < 7 hari (86,6%), DPT-HB-HiB (90,7%), Polio (88,3%) dan Campak (86,8%) (Kemenkes RI, 2017).

Menurut hasil survey yang dilakukan oleh Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional), Persentase balita yang pernah mendapatkan imunisasi campak pada tahun 2014 adalah 78,65%, tahun 2015 sebesar 71,63%, tahun 2016 sebesar 72,75% dan tahun 2017 sebesar 70,57% (BPS Indonesia, 2017).

Persentase imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-23 bulan pada provinsi lampung yaitu 62,4% balita mendapatkan cakupan imunisasi lengkap, 31,1% balita mendapatkan cakupan imunisasi yang tidak lengkap, dan 6,5% balita tidak mendapatkan cakupan imunisasi (Riskesdas 2013).

Cakupan Imunisasi Bayi pada tahun 2015 pada provinsi lampung berupa imunisasi BCG sebesar 95,20%, DPT3 sebesar 99,70% dan campak sebesar 99,6%. Namun masih ada kabupaten yang tidak mencapai target imunisasi campak (< 90%) yaitu kabupaten Tanggamus, Pesawaran, Tulang Bawang Barat dan Bandar Lampung (Dinkes Lampung, 2015).

Kebijakan penyelenggaraan imunisasi dilaksanakan oleh semua sektor baik pemerintah (pusat dan daerah), swasta dan masyarakat. Program imunisasi juga mempertahankan prinsip keterpaduan antara pihak terkait dan pemerataan jangkauan pelayanan imunisasi baik terhadap sasaran masyarakat maupun sasaran wilayah (Hargono, *et al*, 2012).

Salah satu program pemerintah untuk meningkatkan cakupan imunisasi adalah Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan oleh, dari dan bersama masyarakat, untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna

memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi dan anak balita (Depkes RI, 2012).

Desa Gunungtiga terletak di Kecamatan Ulubelu, Kabupaten Tanggamus, Provinsi Lampung. Jumlah penduduk Desa Gunungtiga adalah 2.253 jiwa dengan 620 jumlah kepala. Puskesmas adalah satu-satunya pelayanan kesehatan masyarakat Gunungtiga yang letaknya cukup jauh dari desa dan hanya ada satu di kecamatan Ulubelu. Selain itu, Desa Gunungtiga memiliki 3 posyandu balita dan kader posyandu di Desa Gunungtiga berjumlah 18 orang, yang terdiri dari 6 orang kader di setiap posyandu. Hal ini dikarenakan, desa Gunungtiga berada jauh dari ibukota kabupaten, yang letaknya di daerah pegunungan, akses jalan menuju pusat kabupaten cukup jauh. Latar belakang pendidikan warga desa Gunungtiga pun relatif rendah. Hal ini berdampak pada minimnya pengetahuan masyarakat termasuk kader posyandu akan kesehatan, terutama pengetahuan mengenai kesehatan ibu dan anak.

Berdasarkan hal diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah pelatihan mengenai imunisasi lengkap balita pada kader posyandu Desa Gunungtiga, Kecamatan Ulubelu, Kabupaten Tanggamus, Lampung.

## 1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan mengenai imunisasi lengkap balita pada kader posyandu Desa Gunungtiga?

## 1.3 Tujuan Penelitian

## 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan mengenai imunisasi lengkap balita pada kader posyandu Desa Gunungtiga

## 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- Mengetahui deskripsi pengetahuan sebelum pelatihan mengenai imunisasi lengkap balita pada kader posyandu Desa Gunungtiga.
- Mengetahui deskripsi pengetahuan sesudah pelatihan mengenai imunisasi lengkap balita pada kader posyandu Desa Gunungtiga.
- Mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan mengenai imunisasi lengkap balita pada kader posyandu
   Desa Gunungtiga.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

## 1.4.1 Bagi peneliti

Menambah pengetahuan mengenai imunisasi lengkap balita dan menerapkan dalam penulisan ilmiah

# 1.4.2 Bagi masyarakat

Memberikan wawasan masyarakat khususnya di Desa Gunungtiga di bidang kesehatan mengenai pentingnya pengetahuan mengenai imunisasi lengkap balita

# 1.4.3 Bagi Instansi

Menambah bahan kepustakaan di lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

# 2.1 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan informasi yang ditemui dan diperoleh oleh manusia melalui pengamatan akal untuk mengenali suatu benda atau kejadian yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. Seringkali pengetahuan dijadikan sebagi acuhan untuk mengetahui tingkat kecerdasan seseorang (Notoatmojo, 2010). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui, segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal (mata pelajaran) (KBBI, 1988).

Aspek pengetahuan dalam taksonomi Bloom adalah sebagai berikut (Notoatmojo, 2010):

## a. Pengetahuan

Tahu diartikan hanya sebagai recall (ingatan). Seseorang dituntut untuk mengetahui atau mengenal fakta tanpa dapat menggunakannya.

#### b. Pemahaman

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui.

## c. Penerapan

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek tersebut dapat menggunakan dan mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain

#### d. Analisis

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu objek.

#### e. Sintesis

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

#### f. Penilaian

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu didasarkan pada suatu kriteria atau norma-norma yang berlaku di masyarakat

Faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut (Fitriani, 2011):

### a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan keperibadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses

belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi.. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui akan menumbuhkan sikap positif terhadap objek tersebut.

#### b. Media Massa

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengetahuan jangka pendek, sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Kemajuan teknologi menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang informasi baru. Sarana komunikasi seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, pelatihan, dan lain-lain pempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

## c. Sosial Budaya dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan seseorang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan itu baik atau tidak. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan ketersediaan fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

## d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada pada lingkungan tersebut. Hal tersebut terjadi karena adanya interaksi timbal balik yang akan direspon sebagai pengetahuan.

## e. Pengalaman

Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi ataupun pengalaman orang lain.

#### f. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang.
Bertambahnya usia akan semakin berkembang pola pikir dan daya tangkap seseorang sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin banyak

## 2.2 Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah : input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat), pendidik adalah (pelaku pendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output adalah (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo,

2012). Berbeda dengan definisi pendidikan, Pelatihan adalah suatu proses dimana orang-orang mencapai kemampuan tertentu untuk membantu mencapai tujuan organisasi oleh karna itu, proses ini terikat dengan berbagai tujuan organisasi (Mathis, 2002).

Menurut Green (Notoatmodjo, 2007), promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang direncanakan untuk memudahkan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Green juga mengemukakan bahwa perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu:

- a. Faktor predisposisi (predisposising factors), yang meliputi pengetahuan dan sikap seseorang.
- Faktor pemungkin (enabling factors), yang meliputi sarana,
   prasarana, dan fasilitas yang mendukung terjadinya perubahan
   perilaku.
- c. Faktor penguat (reinforcing factors) merupakan faktor penguat bagi seseorang untuk mengubah perilaku seperti tokoh masyarakat, undang-undang, peraturan-peraturan dan surat keputusan.

Menurut Lawrence Green (Notoatmojo, 2007), promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang baik bagi kesehatan. Pada dasarnya tujuan utama promosi kesehatan adalah untuk mencapai 3 hal, yaitu:

a. Peningkatan pengetahuan atau sikap masyarakat

- b. Peningkatan perilaku masyarakat
- c. Peningkatan status kesehatan masyarakat

Menurut Lawrence Green tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan, yaitu (Notoatmojo, 2007) :

## a. Tujuan Program

Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.

## b. Tujuan Pendidikan

Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada.

## c. Tujuan Perilaku

Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Oleh sebab itu tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap..

Ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan aspek pelayanan kesehatan meliputi (Notoatmojo, 2007) :

a. Promosi kesehatan pada tingkat promotif.

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampumeningkatkan kesehatannya.

b. Promosi kesehatan pada tingkat preventif.

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini selain pada orang yangsehat juga bagi kelompok yang beresiko. Misalnya, ibu hamil, paraperokok, para pekerja seks, keturunan diabetes dan sebagainya. Tujuan utama dari promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untukmencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh sakit(primary prevention).

c. Promosi kesehatan pada tingkat kuratif.

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderitapenyakit, terutama yang menderita penyakit kronis seperti asma, diabetes mellitus, tuberculosis, hipertensi dan sebagainya. Tujuan dari promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (secondary prevention).

d. Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif.

Beberapa metode pendidikan dan media promosi kesehatan yang biasa digunakan antara lain (Notoatmojo, 2007):

- Metode pendidikan individual, merupakan metode pendidikan yang bersifat perorangan diantaranya: bimbingan atau penyuluhan, dan wawancara
- b. Metode pendidikan kelompok, dalam metode ini harus diingat bahwa jumlah populasi yang akan ditujukan haruslah dipertimbangkan. Untuk itu dapat dibagi menjadi kelompok besar dan kelompok kecil serta kelompok massa. Apabila peserta lebih

dari 15 orang maka dapat dimaksudkan kelompok besar, dimana dapat menggunakan metode ceramah dan seminar. Sedangkan disebut kelompok kecil apabila jumlah kurang dari 15 orang dapat menggunakan metode diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok kecil, serta memainkan peran. Apabila menggunakan metode pendidikan massa ditujukan kepada masyarakat ataupun khalayak yang luas dapat berupa ceramah umum, pesawat televisi, radio, tulisan tulisan majalah atau koran, dan lain sebagainya.

Selanjutnya dalam media yang digunakan terdapat 3 macam media, antara lain (Notoatmojo, 2007):

- a. Media bantu lihat (visual) yang berguna dalam menstimulasi indra mata pada waktu terjadinya proses pendidikan. Media bantu lihat ini dibagi menjadi 2 yaitu media yang diproyeksikan misalnya slide, film, film strip dan sebagainya, sedangkan media yang tidak diproyeksikan misalnya peta, buku, leaflet, bagan dan lain sebagainya.
- Media bantu dengar (audio) dimana merangsang indra pendengaran sewaktu terdapat proses penyampaian, misalnya radio, piring hitam, pita suara
- c. Media lihat-dengar seperti televisi, video cassete dan lain sebagainya.

#### 2.3 Imunisasi

## 2.3.1 Pengertian Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal, resisten. Imunisasi berarti anak di berikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal terhadap suatu penyakit tapi belum kebal terhadap penyakit yang lain (Notoatmodjo, 2003).

Imunisasi merupakan suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit (Atikah, 2010).

## 2.3.2 Tujuan Imunisasi

Program imunisasi bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Pada saat ini, penyakit-penyakit tersebut adalah difteri, tetanus, batuk rejan (pertusis), campak (measles), polio dan tuberkulosis. (Notoatmodjo, 2003)

Secara umum tujuan imunisasi antara lain (Atikah, 2010):

- a. Melalui imunisasi, tubuh tidak mudah terserang penyakit menular
- b. Imunisasi sangat efektif mencegah penyakit menular
- c. Imunisasi menurunkan angka mordibitas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) pada balita

Manfaat imunisasi (Atikah, 2010):

a. Untuk anak: mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit,
 dan kemungkinan cacat atau kematian.

- b. Untuk keluarga: menghilangkan kecemasan dan psikologi pengobatan bila anak sakit. Mendorong pembentukan keluarga apabila orang tua yakin bahwa anaknya akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman.
- c. Untuk negara: memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara

#### 2.3.3 Jenis Imunisasi

Imunisasi telah dipersiapkan sedemikian rupa agar tidak menimbulkan efek-efek yang merugikan yang terbagi menjadi dua macam, yaitu (Atikah 2010):

## a. Imunisasi aktif

Merupakan pemberian suatu bibit penyakit yang telah dilemahakan (vaksin) agar nantinya sistem imun tubuh berespon spesifik dan memberikan suatu ingatan terhadap antigen ini, sehingga ketika terpapar lagi tubuh dapat mengenali dan meresponnya. Contoh imunisasi aktif adalah imunisasi polio dan campak. Dalam imunisasi aktif, terdapat beberapa unsur-unsur vaksin, yaitu:

 Vaksin dapat berupa organisme yang secara keseluruhan dimatikan, eksotoksin yang didetoksifikasi saja, atau endotoksin yang terikat pada protein pembawa seperti polisakarida, dan vaksin dapat juga berasal dari ekstrak komponen-komponen organisme dari suatu antigen.

Dasarnya adalah antigen harus merupakan bagian dari organisme yang dijadikan vaksin.

- 2. Pengawet, stabilisator atau antibiotik. Merupakan zat yang digunakan agar vaksin tetap dalam keadaan lemah ataumenstabilkan antigen dan mencegah tumbuhnya mikroba. Bahan-bahan yang digunakan seperti air raksa dan antibiotik yang biasa digunakan.
- 3. Cairan pelarut dapat berupa air steril atau juga berupa cairan kultur jaringan yang digunakan sebagai media tumbuh antigen, misalnya antigen telur, protein serum, dan bahan kultur sel.
- 4. Adjuvan, terdiri dari garam alumunium yang berfungsi meningkatkan sistem imun dari antigen. Ketika antigen terpapar dengan antibodi tubuh, antigen dapat melakukan perlawanan juga, dalam hal ini semakin tinggi perlawanan maka semakin tinggi peningkatan antibodi tubuh.

## b. Imunisasi pasif

Merupakan suatu proses meningkatkan kekebalan tubuh dengan cara pemberian zat imunoglobulin, yaitu zat yang dihasilkan melalui suatu proses infeksi yang dapat berasal dari plasma manusia (kekebalan yang didapat bayi dari ibu melalui plasenta) atau binatang (bisa ular) yang digunakan untuk mengatasi mikroba yang sudah masuk dalam tubuh yang terinfeksi. Contoh imunisasi

pasif adalah penyuntikan ATS (Anti Tetanus Serum) pada orang yang mengalami luka kecelakaan. Contoh lain adalah yang terdapat pada bayi yang baru lahir dimana bayi tersebut menerima berbagai jenis antibodi dari ibunya melalui darah plasenta selama masa kandungan, misalnya antibodi terhadap campak..

#### 2.3.4 Imunisasi Dasar Lengkap

Lima macam imunisasi dasar lengkap adalah (Atikah, 2010):

a. Imunisasi Bacillus Celmette-Guerin (BCG)

Imunisasi BCG berfungsi untuk mencegah penularan Tuberkulosis (TBC) tuberkulosis disebabkan oleh sekelompok bakteria bernama Mycobacterium tuberculosis complex. Pada manusia, TBC terutama menyerang sistem pernafasan (TB paru), meskipun organ tubuh lainnya juga dapat terserang (penyebaran TBC). Mycobacterium atau ekstraparu tuberculosis biasanya ditularkan melalui batuk seseorang. Seseorang biasanya terinfeksi jika mereka menderita sakit paru-paru dan terdapat bakteria didahaknya. lingkungan yang gelap dan lembab juga mendukung terjadinya penularan. Penularan penyakit TBC terhadap seorang anak dapat terjadi karena terhirupnya percikan udara yang mengandung bakteri tuberkulosis. Bakteri ini dapat menyerang berbagai organ tubuh, seperti paru-paru (paling sering terjadi), kelenjar getah bening, tulang, sendi, ginjal, hati, atau selaput selaput otak (yang terberat). Infeksi primer terjadi saat

seseorang terjangkit bakteri TB untuk pertama kalinya. Bakteri ini sangat kecil ukurannya sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berkembang.

Vaksin BCG merupakan bakteri tuberculosis bacillus yang telah dilemahkan. Cara pemberiannya melalui suntikan. Sebelum disuntikan, vaksin BCG harus dilarutkan terlebih dahulu. Dosis 0,05 cc untuk bayi dan 0,1 cc untuk anak dan orang dewasa. Imunisasi BCG dilakukan pada bayi usia 0-2 bulan, akan tetapi biasanya diberikan pada bayi umur 2 atau 3 bulan. Dapat diberikan pada anak dan orang dewasa jika sudah melalui tes tuberkulin dengan hasil negatif.

Imunisasi BCG disuntikan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas. Disuntikan ke dalam lapisan kulit dengan penyerapan pelan-pelan. Dalam memberikan suntikan intrakutan, agar dapat dilakukan dengan tepat, harus menggunakan jarum pendek yang sangat halus (10 mm, ukuran 26). Kerjasama antara ibu dengan petugas imunisasi sangat diharapkan, agar pemberian vaksin berjalan dengan tepat. Imunisasi BCG tidak boleh diberikan pada kondisi menderita penyakit kulit yang berat atau menahun seperti eksim, furunkulosis, dan sebagainya serta pada orang atau anak yang

sedang menderita TBC

## b. Imunisasi DPT (Difteri, Pertusis dan Tetanus)

Imunisasi DPT bertujuan untuk mencegah 3 penyakit sekaligus, yaitu difteri, pertusis, tetanus. Difteri merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri Corynebacterium diphtheria. Difteri bersifat ganas, mudah menular dan menyerang terutama saluran napas bagian atas. Penularannya bisa karena kontak langsung dengan penderita melalui bersin atau batuk atau kontak tidak langsung karena adanya makanan yang terkontaminasi bakteri difteri.

Penderita akan mengalami beberapa gejala seperti demam lebih kurang 380 C, mual, muntah, sakit waktu menelan dan terdapat pseudomembran putih keabu-abuan di faring, laring dan tonsil, tidak mudah lepas dan mudah berdarah, leher membengkak seperti leher sapi disebabkan karena pembengkakan kelenjar leher dan sesak napas disertai bunyi (stridor). Pada pemeriksaan apusan tenggorok atau hidung terdapat kuman difteri. Pada proses infeksi selanjutnya, bakteri difteri akan menyebarkan racun kedalam tubuh, sehingga penderita dapat menglami tekanan darah rendah, sehingga efek jangka panjangnya akan terjadi kardiomiopati dan miopati perifer. Cutaneus dari bakteri difteri menimbulkan infeksi sekunder pada kulit penderita.

Difteri disebabkan oleh bakteri yang ditemukan di mulut, tenggorokan dan hidung. Difteri menyebabkan selaput tumbuh disekitar bagian dalam tenggorokan. Selaput tersebut dapat menyebabkan kesusahan menelan, bernapas, dan bahkan bisa mengakibatkan mati lemas. Bakteri menghasilkan racun yang dapat menyebar keseluruh tubuh dan menyebabkan berbagai komplikasi berat seperti kelumpuhan dan gagal jantung. Sekitar 10 persen penderita difteri akan meninggal akibat penyakit ini. Difteri dapat ditularkan melalui batuk dan bersin orang yang terkena penyakit ini.

Pertusis, merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh kuman Bordetella Perussis. Kuman ini mengeluarkan toksin yang menyebabkan ambang rangsang batuk menjadi rendah sehingga bila terjadi sedikit saja rangsangan akan terjadi batuk yang hebat dan lama, batuk terjadi beruntun dan pada akhir batuk menarik napas panjang terdengar suara "hup" (whoop) yang khas, biasanya disertai muntah. Batuk bisa mencapai 1-3 bulan, oleh karena itu pertusis disebut juga "batuk seratus hari". Penularan penyakit ini dapat melalui droplet penderita.

Pada stadium permulaan yang disebut stadium kataralis yang berlangsung 1-2 minggu, gejala belum jelas. Penderita menunjukkan gejala demam, pilek, batuk yang makin lama makin keras. Pada stadium selanjutnya disebut stadium

paroksismal, baru timbul gejala khas berupa batuk lama atau hebat, didahului dengan menarik napas panjang disertai bunyi "whoops". Stadium paroksismal ini berlangsung 4-8 minggu. Pada bayi batuk tidak khas, "whoops" tidak ada tetapi sering disertai penghentian napas sehingga bayi menjadi biru (Muamalah, 2006). Akibat batuk yang berat dapat terjadi perdarahan selaput lendir mata (conjunctiva) atau pembengkakan disekitar mata (oedema periorbital). Pada pemeriksaan laboratorium asupan lendir tenggorokan dapat ditemukan kuman pertusis (Bordetella pertussis).

Batuk rejan adalah penyakit yang menyerang saluran udara dan pernapasan dan sangat mudah menular. Penyakit ini menyebabkan serangan batuk parah yang berkepanjangan. Diantara serangan batuk ini, anak akan megap-megap untuk bernapas. Serangan batuk seringkali diikuti oleh muntah-muntah dan serangan batuk dapat berlangsung sampai berbulan-bulan. Dampak batuk rejan paling berat bagi bayi berusia 12 bulan ke bawah dan seringkali memerlukan rawat inap dirumah sakit. Batuk rejan dapat mengakibatkan komplikasi seperti pendarahan, kejang-kejang, radang paruparu, koma, pembengkakan otak, kerusakan otak permanen, dan kerusakan paru-paru jangka panjang. Sekitar satu diantara 200 anak di bawah usia enam bulan yang terkena batuk rejan

akan meninggal. Batuk rejan dapat ditularkan melalui batuk dan bersin orang yang berkena penyakit ini.

Tetanus merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi kuman Clostridium tetani. Kuman ini bersifat anaerob, sehingga dapat hidup pada lingkungan yang tidak terdapat zat asam (oksigen). Tetanus dapat menyerang bayi, anak-anak bahkan orang dewasa. Pada bayi penularan disebabkan karena pemotongan tali puat tanpa alat yang steril atau dengan cara tradisional dimana alat pemotong dibubuhi ramuan tradisional yang terkontaminasi spora kuman tetanus. Pada anak-anak atau orang dewasa bisa terinfeksi karena luka yang kotor atau luka terkontaminasi spora kuman tetanus, kuman ini paling banyak terdapat pada usus kuda berbentuk spora yang tersebar luas di tanah.

Penderita akan mengalami kejang-kejang baik pada tubuh maupun otot mulut sehingga mulut tidak bisa dibuka, pada bayi air susu ibu tidak bisa masuk, selanjutnya penderita mengalami kesulitan menelan dan kekakuan pada leher dan tubuh. Kejang terjadi karena spora kuman Clostridium tetani berada pada lingkungan anaerob, kuman akan aktif dan mengeluarkan toksin yang akan menghancurkan sel darah merah, toksin yang merusak sel darah putih dari suatu toksin yang akan terikat

pada syaraf menyebabkan penurunan ambang rangsang sehingga terjadi kejang otot dan kejang-kejang, biasanya terjadi pada hari ke 3 atau ke 4 dan berlangsung 7-10 hari. Tetanus dengan gejala riwayat luka, demam, kejang rangsang, risus sardonicus (muka setan), kadang-kadang disertai perut papan dan opistotonus (badan lengkung) pada umur diatas 1 bulan.

Tetanus disebabkan oleh bakteri yang berada di tanah, debu dan kotoran hewan. Bakteri ini dapat dimasuki tubuh melalui luka sekecil tusukan jarum. Tetanus tidak dapat ditularkan dari satu orang ke orang lain. Tetanus adalah penyakit yang menyerang sistem syaraf dan seringkali menyebabkan kematian. Tetanus menyebabkan kekejangan otot yang mulamula terasa pada otot leher dan rahang. Tetanus dapat mengakibatkan kesusahan bernafas, kejang-kejang yang terasa sakit, dan detak jantung yang tidak normal. Karena imunisasi yang efektif, penyakit tetanus kini jarang ditemukan di Australia, namun penyakit ini masih terjadi pada orang dewasa yang belum diimunisasi terhadap penyakit ini atau belum pernah disuntik ulang (disuntik vaksin dosis booster).

Cara pemberian imunisasi DPT adalah melalui injeksi intramuskular. Suntikan diberika pada paha tengah luar atau subkutan dalam dengan dosis 0,5 cc. Pemberian vaksin DPT

dilakukan tiga kali mulai bayi umur 2 bulan sampai 11 bulan dengan interval 4 minggu. Imunisasi ini diberikan 3 kali karena pemberian pertama antibodi dalam tubuh masih sangat rendah, pemberian kedua mulai meningkat dan pemberian ketiga diperoleh cukupan antibodi. Daya proteksi vaksin difteri cukup baik yiatu sebesar 80-90%, daya proteksi vaksin tetanus 90-95% akan tetapi daya proteksi vaksin pertusis masih rendah yaitu 50-60%, karena itu, oleh anak-anak masih berkemungkinan untuk terinfeksi batuk seratus hari atau pertusis, tetapi lebih ringan

## c. Imunisasi Campak

Imunisasi campak ditujukan untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit campak. Campak, measles atau rubelal adalah penyakit virus akut yang disebabkan oleh virus campak. Penyakit ini sangat infeksius, menular sejak awal masa prodromal sampai lebih kurang 4 hari setelah munculnya ruam. Infeksi disebarkan lewat udara (airborne). Virus campak ditularkan lewat infeksi droplet melalui udara, menempel dan berkembang biak pada epitel nasifaring. Tiga hari setelah infasi, replikasi dan kolonisasi berlanjut pada kelenjar limfe regional dan terjadi vitemia yang pertama. Virus menyebar pada semua sistem retikuloendotelial dan menyusul viremia kedua setelah 5-7 hari dari infeksi awal. Adanya giant cells dan

proses peradangan merupakan dasar patologik ruam dan infiltrat peribronchial paru. Juga terdapat udema, bendungan dan perdarahan yang tersebar pada otak.

Kolonisasi dan penyebaran pada epitel dan kulit menyebabkan batuk, pilek, mata merah (3C = coryza, cough and conjuctivitis) dan demam yang makin lama makin tinggi. Gejala panas, batuk, pilek makin lama makin berat dan pada hari ke 10 sejak awal infeksi (pada hari penderita kontak dengan sumber infeksi) mulai timbul ruam makulopapuler warna kemerahan. Virus juga dapat berbiak pada susunan syaraf pusat dan menimbulkan gejala klinik ensefalitis. Setelah masa konvalesen menurun, hipervaskularisasi mereda dan menyebabkan ruam menjadi semakin gelap, berubah menjadi desquamasi dan hiperpigmentasi. Proses ini disababkan karena pada awalnya terdapat perdarahan perivaskuler dan infiltrasi limfosit.

- Panas meningkat dan mencapai puncaknya pada hari ke 4-5,
   pada saat ruam keluar
- Coryza yang terjadi sukar dibedakan dengan common cold yang berat. Membaik dengan cepat pada saat panas menurun.
- Conjunctivitis ditandai dengan mata merah pada conjunctiva disertai dengan keradangan disertai dengan keluhan fotofobia.

- Cough merupakan akibat keradangan pada epitel saluran nafas, mencapai puncak pada saat erupsi dan menghilang setelah beberapa minggu.
- 5. Munculnya bercak koplik (koplik's spot) umumnya pada sekitar 2 hari sebelum munculnya ruam (hari ke 3-4) dan cepat menghilang setelah beberapa jam atau hari. Koplik's spot adalah sekumpulan noktah putih pada daerah epitel bukal yang merah, merupakan tanda klinik yang patognomonik untuk campak.
- 6. Ruam makulopapular semula berwarna kemerahan. Ruam ini muncul pertama pada daerah batas rambut dan dahi, serta belakang telinga, menyebar ke arah perifer sampai pada kaki. Ruam umumnya saling rengkuh sehingga pada muka dan dada menjadi confluent. Ruam ini membedakan dengan rubella yang ruamnya diskreta dan tidak mengalami desquamasi. Telapak tangan dan kaki tidak mengalami desquamasi.

Pemberian vaksin campak hanya diberikan satu kali, dapat dilakukan pada umur 9-11 bulan, dengan dosis 0,5 CC. Sebelum disuntikan, vaksin campak terlebih dahulu dilarutkan dengan pelarut steril yang telah tersedia yang derisi 5 ml cairan pelarut. Kemudian suntikan diberikan pada lengan kiri atas secara subkutan

#### d. Imunisasi Polio

Polio dapat menyebabkan gejala yang ringan atau penyakit yang sangat parah. Penyakit ini dapat menyerang sistem pencernaan dan sistem syaraf. Polio menyebabkan demam, muntah-muntah, dan kakuatan otot dan dapat menyerang syaraf-syaraf, mengakibatkan kelumpuhan permanen. Penyakit ini dapat melumpuhkan otot pernapasan dan otot yang mendukung proses penelanan, menyebabkan kematian. Diantara dua sampai lima persen penderita polio akan meninggal akibat penyakit ini dan sekitar 50% pasien yang masih bertahan hidup menderita kelumpuhan seumur hidup. Polio dapat ditularkan jika tinja penderita mencemari makanan, air atau tangan.

Faktor-faktor yang dapat meningkatkan terserang poliomyelitis antara lain dikarenakan malnutrisi, tonsilektomi, kurangnya sanitasi lingkungan, karena suntikan dan juga virus bisa ditularkan melalui plasenta ibu, sedangkan antibodi yang diberikan pasif melalui plasenta tidak dapat melidungi bayi secara adekuat

Imunisasi dasar polio diberikan 4 kali (polio I, II, III dan IV) dengan interval tidak kurang dari 4 minggu. Imunisasi ulangan diberikan 1 tahun setelah imunisasi polio IV, kemudian pada saat masuk SD (5-6 tahun) dan pada saat meninggalkan SD (12 tahun). Di Indonesia umumnya diberikan vaksin Sabin. Vaksin ini diberikan sebanyak 2 tetes (0,1 ml) langsung kemulut anak atau dengan atau dengan menggunakan sendok yang berisi air gula. Setiap membuka vial baru harus menggunakan penetes (dropper) yang baru.

Imunisasi Polio merupakan imunisasi yang bertujuan mencegah penyakit poliomyelitis. Pemberian vaksin polio dapat dikombinasikan dengan vaksin DPT.

### e. Imunisasi Hepatitis

Imunisasi hepatitis B, ditujukan untuk memberi tubuh berkenalan terhadap penyakit hepatitis B, disebakan oleh virus yang telah mempengaruhi organ liver (hati). Virus ini akan tinggal selamanya dalam tubuh. Bayi-bayi yang terjangkit virus hepatitis berisiko terkena kanker hati atau kerusakan pada hati. Virus hepatitis B ditemukan didalam cairan tubuh orang yang terjangkit termasuk darah, ludah dan air mani. Virus hepatitis B biasanya disebarkan melalui kontak dengan cairan tubuh (darah, air liur, air mani) penderita penyakit ini, atau dari ibu ke anak pada saat melahirkan. Kebanyakan anak kecil yang terkena virus hepatitis B akan menjadi "pembawa virus". Ini berarti mereka dapat memberikan penyakit tersebut pada orang

lain walaupun mereka tidak menunjukan gejala apapun. Jika anak terkena hepetitis B dan menjadi "pembawa virus", mereka akan memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena penyakit hati dan kanker nantinya dalam hidup.

Ibu yang terjangkit Hepatitis B dapat menularkan virus pada bayinya. Hepatitis B dapat menular melalui kontak antara darah dengan darah, sebagai contoh apabila luka pada tubuh kita telah terkontaminasi cairan yang dikeluarkan oleh penderita hepatitis B, seperti jarum suntik atau pisau yang terkontaminasi, tranfusi darah dan gigitan manusia, hal ini termasuk hubungan seksual Penyakit ini bisa menjadi kronis dan menimbulkan Cirrhosis hepatitis, kenker hati dan menimbulkan kematian.

Secara umum orang yang dapat atau berisiko tertular hepatitis B, dapat diidentifikasi dari perilakunya. Individu yang dimaksud, termasuk dalam beberapa kriteria, seperti para pengguna narkoba suntik, pasangan seks orang yang terinfeksi hepatitis, bayi yang dilahirkan dari ibu yang terifeksi hepatitis, orang yang suka berganti-ganti pasangan seks. Laki-laki homoseksual, atau laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki juga berisiko tertular penyakit ini, jika seorang petugas kesehatan tidak menggunakan standar perlindungan diri dengan tepat. Petugas kesehatan yang sedang merawat

pasien dalam kondisi terinfeksi hepatitis, harus menggunakan standar perlindungan diri, seperti sarung tangan, dan jangan pernah menyentuh cairan tubuh dari pasien secara langsung. Gejala mirip flu, yaitu hilangnya nafsu makan, mual, muntah, rasa lelah, mata kuning dan muntah serta demam, urine menjadi kuning dan sakit perut

Imunisasi diberikan tiga kali pada umur 0-11 bulan melalui injeksi intramuskular. Kandungan vaksin adalah HbsAg dalam bentuk cair. Terdapat vaksin Prefill Injection Device (B-PID) yang diberikan sesaat setelah lahir, dapat diberikan pada usia 0-7 hari. Vaksin B-PID disuntikan dengan 1 buah HB PID. Vaksin ini, menggunakan Profilled Injection Device (PID), merupakan jenis alat suntik yang hanya diberikan pada bayi. Vaksin juga diberikan pada anak usia 12 tahun yang dimasa kecilnya belum diberi vaksin hepatitis B. Selain itu orang – orang yang berada dalam rentan risiko hepatitis B sebaiknya juga

## 2.4 Posyandu

Posyandu yang merupakan pusat kegiatan masyarakat, dimana masyarakat sekaligus dapat memperoleh pelayanan keluarga berencana dan kesehatan. Disamping itu, posyandu dapat dimanfaatkan sarana untuk tukar pendapat dan pengalaman serta bermusyawarah untuk memecahkan masalah yang duhadapi masyarakat (Depkes RI,2012).

Posyandu diasumsikan sebagai salah satu pendekatan yang tepat untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan balita serta dapat meningkatkan status gizi balita (Adisasmito, 2007).

Prinsip dasar posyandu adalah sebagai berikut (syafrudin, 2009):

- a. Pos pelayanan terpadu merupakan usaha masyarakat dimana terdapat perpaduan antara pelayanan professional dan nonprofessional (oleh masyarakat)
- Adanya kerja sama lintas program yang baik, kesehatan Ibu Anak
   (KIA), Keluarga Berencana (KB), gizi imunisasi, penanggulangan
   diare maupun lintas sektoral
- Kelembagaan masyarakat ( pos desa, kelompok timbang/pos timbang, pos imunisasi, pos kesehatan lain-lain ).
- d. Mempunyai sasaran penduduk yang sama (Bayi 0-1 tahun, anak balita1-4 tahun, ibu hamil, pasangan usia subur (PUS)
- e. Pendekatan yang digunakan adalah pengembangan dan Pengembangna Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) / *Primary Health Care*

Secara umum tujuan penyelenggaraan Posyandu adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2006):

- a. Mempercepat penurunan Angka Kematian Bayi (AKB), anak balita dan angka kelahiran.
- b. Mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu), Ibu hamil dan nifas.

- c. Mempercepat diterimanya Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).
- d. Meneingkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang mengunjang sesuai kebutuhan.
- e. Meningkatkan daya jangkau pelayanan kesehatan. Sasaran dalam pelayanan kesehatan di Posyandu adalah bayi (usia kurang dari 1 tahun) anak balita (usia 1-5 tahun), ibu hamil, ibu menyusui dan wanita PUS (pasangan usia subur).

Kegiatan dalam posyandu sesuai dengan tahap-tahap kegiatan kader antara lain (Depkes RI, 2006):

- a. Kesehatan KIA
- b. Keluarga Berencana
- c. Imunisasi
- d. Pelayanan Gizi
- e. Penanggulangan Diare

Peran kader dalam posyandu adalah sebagai berikut (Depkes, 2012):

a. Sebelum Hari Buka Posyandu

Melakukan persiapan penyelenggaraan kegiatan Posyandu, menyebarluaskan informasi tentang hari buka Posyandu, Melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan dan petugas lainnya terkait dengan jenis layanan yang akan diselenggarakan, menyiapkan bahan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan, menyiapkan buku

catatan posyandu, serta melakukan pembagian tugas antar kader, meliputi pendaftaran, penimbangan, pencatatan, penyuluhan, pemberian makanan tambahan, atau pelayanan yang dapat dilakukan oleh kader.

## b. Saat Hari Buka Posyandu

Melakukan pendaftaran, melakukan bimbingan atau penyuluhan untuk memotivasi orang tua agar paham mengenai pola asuh anak, pencatatan infomasi posyandu, Pelayanan kesehatan ibu dan anak yaitu penimbangan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkar kepala anak, pemantauan aktifitas anak, pemantauan status imunisasi anak, pemantauan terhadap tindakan orangtua tentang pola asuh yang dilakukan pada anak, pemantauan tentang permasalahan anak balita, dan lain sebagainya.

## c. Setelah Hari Buka Posyandu

Melakukan pencatatan data Sistem Infomasi Posyandu (SIP), Melakukan pertemuan dengan masyarakat, tokoh masyarakat, ataupun pimpinan wilayah untuk menyampaikan evaluasi posyandu, dan melakukan kunjungan rumah pada balita yang tidak hadir pada hari buka Posyandu, anak yang kurang gizi, atau anak yang mengalami gizi buruk rawat jalan.

Sistem lima meja dalam posyandu yaitu (Depkes, 2012):

#### a. Meja 1 : Pendaftaran Anak Balita

Pendaftaran anak balita dimaksudkan agar semua anak balita yang ada dalam desa diketahui tanggal lahir, umur saat itu, nama orang tua dan anak keberapa. Daftar anak balita ini dimasukan di dalam buku Register dengan diberikan nomor register. Berdasarkan pendaftaran anak balita yang bersangkutan ditulis pada kolom 1, Nomor pendaftaran. Sedangkan Nomor register adalah Nomor yang diberi indek yang ditulis selain dari buku pendaftaran juga dibagian depan kartu menuju sehat pada kolom yang disediakan.

## b. Meja 2 : Penimbangan bayi dan anak balita

Penimbanagan anak balita (meja 2) dilakukan setelah dipanggil oleh petugas pendaftaran dengan menyerahkan KMS masingmasing anak. Penimbangan dengan menggunakan dacin dengan ketepatan kalibrasi untuk memastikan bahwa hasil penimbangan berat badan benar sesuai dengan kondisi saat anak tersebut ditimbang. Penimbangan sebaiknya menggunakan sarung timbang yang telah disediakan oleh proyek gizi, hasil penimbangan anak, dimasukan ke dalam buku register di Meja 3 untuk mendapatkan hasil akurat.

## c. Meja 3 : Pencatatan hasil penimbangan anak balita

Meja 3 adalah pencatatan hasil penimbangan dan analisa perbandingan antara penimbangan bulan sebelumnya dengan penimbangan bulna ini. Apabila terjadi penurunan BB anak yang bersangkutan, maka kader di meja 3 wajib menanyakan histori terjadinya penurunan BB kepada

ibunya (yang membawa anak balita ke Posyandu). Selain itu di meja 3 dilakukan pemeriksaan terhadap: Imunisasi yang sudah diterima, Pemberian kapsul vitamin A, Pernah tidaknya dirujuk ke Puskesmas, dan Hal-hal lain yang menyangkut kesehatan dan perkembangan anak balita yang bersangkutan. Dari hasil pengamatan KMS inilah, balita yang bersangkutan perlu mendapat immunisasi, kapsul vitamin A, nasehat tentang pola makan dan lain-lain yang dilaksanakan di meja 4.

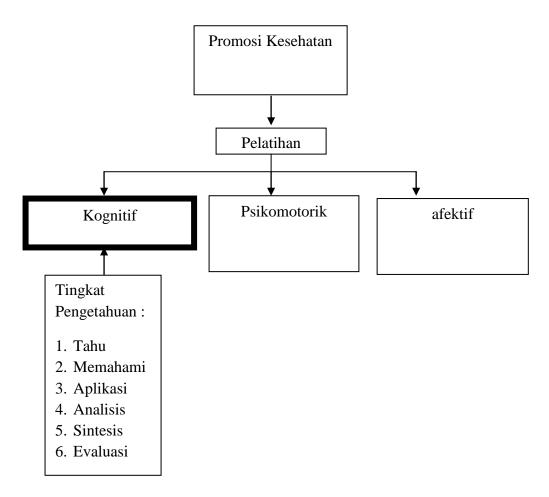
## d. Meja 4 : Penyuluhan kesehatan dan gizi

Di meja ini berdasarkan saran dari meja 3 dilakukan penyuluhan kesehatan tentang: Bagaimana menjaga kesehatan anak, Pemberian makanan dirumah tangga. Di meja 4 ini juga diberikan pelayanan pemberian vitamin A dosis tinggi. Setiap bulan vitamin A (Februari dan Agustus) pemberian oralit dan obat-obatan sderhana disiapkan di Posyandu, serta membuat surat rujukan ke Puskesmas bila diperlukan dengan menggunakan formulir rujukan anak balita.

## e. Meja 5 : Pelayanan immunisasi dan KB

Pada dasarnya pelaksanaan pelayanan immunisasi dan KB dilakukan di Puskesmas, namun momen penimbangan bulan anak balita dapat dilakukan dengan memberikan pelayanan immunisasi dan KB, baik kecamatan (PPLKB) dengan kader KB desa. Petugas pada meja 1-4 dilaksanajan oleh para kader PKK sedangkan meja 5 merupakan meja pelayanan Perawat atau Bidan

# 2.5 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

# Keterangan:

: Variabel yang diteliti

# 2.6 Kerangka Konsep

Variabel Independen : Variabel Terikat :

Pelatihan tentang imunisasi
lengkap balita

Pengetahuan

Gambar 2. Kerangka Konsep

## 2.7 Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

- a. Ho: Tidak terdapat perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah pelatihan imunisasi lengkap balita pada kader posyandu Desa Gunungtiga
- b. Ha : Terdapat perbedaan pengetahuan antara sebelum dan sesudah pelatihan imunisasi lengkap balita pada kader posyandu Desa Gunungtiga

## BAB III METODE PENELITIAN

## 3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini digunakan jenis *quassy experimental* dengan rancangan *one* group pre-test post-test. Pemberian perlakuan pertama pada sampelnya adalah melalui pre-test, lalu sampel diberikan perlakuan dalam bentuk pelatihan imunisasi lengkap balita, setelah itu diberi post-test (Notoatmodjo, 2012). Pengukuran sampel dalam hal pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan dengan pola rancangan sebagai berikut:

$$01 \quad ---- \quad X \quad ---- \quad 02$$

Sumber: Syamsuddin dan Damayanti, 2011 **Gambar 3**. Model rancangan the one group pretest-posttest design

## Keterangan:

O1 = Nilai pretest (sebelum diberi perlakuan)

X = Perlakuan (Treatment)

O2 = Nilai post-test (setelah diberi perlakuan)

## 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April tahun 2018 di Desa Gunungtiga, Kecamatan Ulubelu, Tanggamus.

## 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

## 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi pada penelitian ini merupakan 18 kader posyandu Desa Gunungtiga yang menjadi peserta dalam pelaksanaan program pemberdayaan kader posyandu guna menyukseskan program kesehatan pemerintah

## 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili populasi (Notoatmodjo, 2010). Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 18, pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan ialah total sampling, yaitu pengambilan sampel yang mencakup semua anggota populasi. Alasan digunakannya total sampling dikarenakan menurut Sugiyono (2011) jumlah populasi kurang dari 100, sehingga semua peserta pelatihan dijadikan sampel.

## 3.4 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

## 3.4.1 Kriteria Inklusi

- a. Kader posyandu Desa Gunungtiga
- b. Bersedia menjadi subjek penelitian dan menandatangani *informed consent*.

#### 3.4.2 Kriteria Eksklusi

a. Peserta yang tidak hadir pada pelatihan

## 3.5 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional Variabel

## 3.5.2 Identifikasi Variabel

a. Variabel bebas : Pelatihan kepada Kader Posyandu

b. Variabel terikat : Pengetahuan kader posyandu

# 3.5.3 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional pada penelitian ini digunakan dengan tujuan memudahkan dalam melakukan penelitian. Tabel definisi operasional terdapat pada tabel 1.

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
1	Pelatihan Imunisasi lengkap balita	suatu proses mencapai kemampuan tertentu untuk membantu mencapai tujuan organisasi			
2	Pengetahu an	informasi yang ditemui dan diperoleh oleh manusia melalui pengamatan akal untuk mengenali suatu benda atau kejadian yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya	Kuesioner yang berupa soal benar salah yang terdiri dari 10 butir pertanyaan , dengan masing- masing pertanyaan memiliki skor 10	Rasio	0-100

#### 3.6 Instrumen dan Prosedur Penelitian

#### 3.6.1 Instrumen Penelitian

- a. Lembar *Informed consent* untuk meminta persetujuan responden dalam melakukan penelitian.
- b. Lembar formulir data responden untuk menyesuaikan identitas responden dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.
- c. Alat tulis
- d. Kuisioner dalam bentuk *Pretest* dan *Posttest* dalam bentuk soal benar-salah sebanyak 10 butir pertanyaan dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan program SPSS

#### 3.6.2 Prosedur Penelitian

a. Pengumpulan data dan pengisian data responden

Pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan lembaran formulir yang berisikan tentang identitas responden dan hal-hal yang berhubungan dengan kriteria inklusi agar tidak terjadi kekeliruan dalam penelitian. Sebelum dilakukan pengumpulan, responden lebih dulu dijelaskan mengenai penelitian yang akandilakukan dan diberi lembar *informed concent* untuk meminta kesediaan dalam mengikuti penelitian.

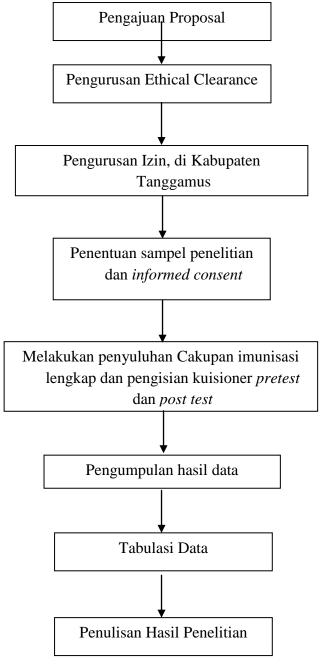
b. Pengisian kuisioner *Pretest* dan *Posttest* 

Pengisian kuisioner dilakukan oleh kader posyandu Desa Gunungtiga sebelum dan setelah pelatihan. Kuisioner berisikan 10 butir pertanyaan benar atau salah dan tiap pertanyaan memiliki skor 10

## c. Pelatihan mengenai imunisasi lengkap balita

Pelatihan imunisasi lengkap balita dilakukan dengan teknik ceramah dan diskusi dan diikuti oleh responden yang bersedia menjadi subyek penelitian selama satu kali pertemuan

## 3.7 Alur Penelitian



Gambar 4. Alur Penelitian

## 3.8 Pengolahan dan Analisis Data

## 3.8.1 Pengolahan Data

Proses pengolahan data menggunakan komputer dengan melakukan beberapa langkah yaitu:

- a. Pengeditan, mengoreksi data untuk memastikan kelengkapan data.
- b. Pengkodean, memberi kode pada data sehingga menjadi lebih mudah dalam pengolahan data.
- c. Pemasukan data, memasukan data dalam program komputer
- d. Tabulasi, menyajikan data dalam bentuk tabel.

#### 3.8.2 Analisa Data

Perolehan hasil didapat dari analisa statistik sebagai berikut :

a. Uji Validitas dan Reliabilitas

Untuk menganalisis validitas item soal tes dengan mencari korelasi antara item soal dengan seluruh soal tes dengan bantuan program SPSS. Adapun kriteria uji validitas menggunakan hasil perhitungan rpbis (rhitung) dikonsultasikan dengan harga rtabel produk momen jika rhitung > rtabel maka item soal tersebut valid, item yang mempunyai korelasi positif dengan kriterium (skor total), serta korelasi yang tinggi menunjukkan bahwa item tersebut mempunyai validitas yang tinggi pula, biasanya syarat minimum untuk anggap memenuhi syarat validitas apabila  $rhitung \geq 0,2709$ . (Sugiono, 2008) Selanjutnya untuk mengetahui

tingkat validitas item soal nilai *rhitung* diinterpretasikan dengan tabel berikut ini:

Tabel 2. Interpretasi Nilai R

	Tubble 2. Interpretuel 1 that It
rhitung	Interpretasi
0,000—0,199	Sangat Rendah
0,200—0,399	Rendah
0,400—0,599	Cukup
0,600—0,799	Tinggi
0,800—0,999	Sangat tinggi

Sumber: (Arikunto, 2010)

Analisis reliabilitas pada penelitian ini digunakan jenis reliabilitas dengan belah dua yang pelaksanaannya hanya memerlukan satu kali. Kriteria uji reliabilitas adalah hasil perhitungan (*rhitung*) dibandingkan dengan harga *rtabel* produk momen dengan taraf signifikan 5%. Jika *rhitung* > *rtabel* maka tes tersebut reliabel atau konsisten (handal) (Arikunto, 2010).

Analisis reliabilitas (keterandalan) perangkat tes dengan menggunakan rumus Spearman Brown dengan kategori sebagai berikut:

Tabel 3. Kategori Nilai Spearman Brown

Tuber 5: Hategori 1 than spe				
Nilai	Klasifikasi Nilai			
-1,000,20	Tidak reliabel			
0,21—0,40	Rendah			
0,41—0,60	Sedang			
0,61—0,80	Tinggi			
0,81—1,00	Sangat tinggi			

Sumber: (Nurcahyo, 2015)

## b. Uji Normalitas

Uji normalitas digunakan untuk mengetahui apakah kelompok eksperimen sebelum dan sesudah perlakuan berdistribusi normal karena syarat untuk analisis data dalam penelitian ini salah satunya adalah data harus berdistribusi normal. Terdapat dua jenis uji normalitas berdasarkan jumlah sampel yang diuji yaitu Kolmogrov-Smirnov dan Shapro-Wilk.

Dalam penelitian ini menggunakan Uji Shapro-Wilk dikarenakan uji tersebut memenuhi syarat dari sampel yang akan peneliti ambil adalah kurang dari 50 sampel. Sedangkan Uji Kolmogrov-Smirnov harus memiliki lebih dari 50 sampel. Jika hasil pada penelitian didapatkan <0,05 maka artinya data tidak terdistribusi dengan normal.

#### c. Analisis Univariat

analisa ini diperlukan untuk menentukan distribusi frekuensi variabel terikat (variabel dependen) dan variabel bebas (variabel independen). Analisa akan pengetahuan pada kader posyandu Desa Gunungtiga sebelum dan sesudah diberikan pelatihan tentang imunisasi lengkap balita.

### d. Analisis Bivariat

Pengujian hipotesis menggunakan uji t berpasangan, yaitu membandingkan *mean* antara kelompok satu dan kelompok dua. Apabila nilai t hitung lebih kecil dari t tabel, maka Ha ditolak,

jika t hitung lebih besar dibanding t tabel maka Ha diterima. Bila tidak memenuhi syarat (selisih nilai *pret-test* dan nilai *post-test*) yaitu uji parametrik yang datanya tidak terdistribusi normal. Maka digunakan uji nonparametrik ialah Uji Wilcoxon.

## 3.9 Etik Penelitian

Penelitian ini mendapatkan persetujuan *ethical clearance* dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan No. 5278/UN26.18/PP.05.02.00/2018

## BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

## 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pengetahuan kader posyandu antara sebelum dan sesudah pelatihan imunisasi lengkap balita

#### 5.2 Saran

Adapun saran dari peneliti, yaitu:

- Penelitian ini dapat menjadi acuan untuk mengembangkan penelitian mengenai peningkatan pengetahuan mengenai imunisasi lengkap balita secara spesifik.
- 2. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai peningkatan pengetahuan dari berbagai jenis media pelatihan atau pembelajaran.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. 2007. Sistem Kesehatan. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Atika. 2010. Imunisasi dan Vaksinasi. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arikunto, S. 2010. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta : Rineka Cipta.
- Azwar, S. 2007. Metode Penelitian. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Badan Pusat Statistika. 2015. Statistik Indonesia 2015. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Balitbang Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar. RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Depkes RI. 2012. Ayo ke posyandu setiap bulan. Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI
- Depkes RI. 2015. Bersama Tingkatkan Cakupan Imunisasi, Menjaga Anak Tetap Sehat. Jakarta : Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI
- Dinkes Lampung. 2016 Profil Kesehatan Provinsi Lampung tahun 2015 . Bandar Lampung : Dinas Kesehatan Lampung.
- Fitriani, S. 2011. Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hargono, Arief., Windhu Purnomo, Suradi, Achsan, Yudi Efriyanto. 2012. Survei Cepat Cakupan imuisasi dasar pada bayi di kabupaten lumajang tahun 2010. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 15(1): 55–60.
- Josiman A. 2012. Hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang imunisasi dengan status kelengkapan Imunisasi Dasar Pada Bayi di Wilayah kerja Puskesmas Depok [skripsi]. Padang: Universitas Andalas.
- KBBI, 2016. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) [Online] [Diunduh 7 Desember 2019]. Tersedia dari: http://kbbi.web.id/pengetahuan.
- Kemenkes RI .2009. Undang-undang RI No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

- Kemenkes RI. 2017. Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Mathis, Robert L. 2002. Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta : Salemba
- Muliani, Zulkifli Abdullah, Ida Leida. Hubungan Pelayanan Imunisasi Dengan Pemberian Imunisasi HB0 Di Wilayah Puskesmas Ponre Kabupaten Bulukumba [Diunduh 9 Januari 2019] [online Journal] Tersedia dari : http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/4248.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. Promosi Kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurcahyo, Daniel Satyo. 2015. Hubungan Asistensi Skills Lab Dengan Nilai Objective Structured Clinical Examination (Osce) Di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret [Skripsi]. Surakarta: UNS
- Sugiyono. 2011. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Afabeta
- Syafrudin S. 2009. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Mahasiswa Kebidanan. Jakarta: Trans Info Media
- Syamsuddin AR., Damayanti. 2011. Metode Penelitian Pendidikan Bahasa. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Untari, Ida., Ratih Prananingrum, Dewi Pertiwi Dyah Kusudaryati. 2017.
  Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Kader Posyandu Balita
  Melalui Praktek Pijat Bayi Menuju Balita Sehat. The 6<sup>th</sup> University
  Research Colloquium 2017 Universitas Muhammadiyah Magelang.
  249-254
- Wardani, Nur Indah., Dwi Sarwani, Siti Masfiah. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan Tentang Thalassaemia Di Kecamatan Sumbang Kabupaten Banyumas. Kesmasindo. 6(3): 194-206
- WHO. 2018. Immunization Coverage 2018. Geneva: WHO Library Cataloguing Data.